



SAVONIA

"Sen potilaan ja sen lääkärin välissä"

Sairaanhoitajan valmiudet tukea lääkäriä
saattohoitopäätöksen tekemisessä

Saija Lyytinen
Elina Satomaa

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Saija Lyytinen ja Elina Satomaa	
Työn nimi "Sen potilaan ja sen lääkärin välissä" – Sairaanhoitajan valmiudet tukea lääkäriä saattohoitopäätöksen tekemisessä	
Päiväys 19.2.2014	Sivumäärä/Liitteet 51/3
Ohjaaja(t) Susanne Hämäläinen ja Merja Jokelainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien valmiuksia saattohoitotyöhön ja lääkärin tukemiseen saattohoitopäätöksen tekemisessä perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli herättää keskustelua toimeksiantajan työyhteisössä ja edistää sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä saattohoitopäätösten tekemisessä ja kuolevan potilaan hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin teemahaastatteluna Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosasto 3:n sairaanhoitajilta (n=6) joulukuussa 2013. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajilla on merkittävä rooli saattohoitopäätöksen tekemisessä tiedon välittäjänä lääkärin ja potilaan välissä. Saattohoitotyössä vaadittavaa osaamista saadaan täydennyskoulutuksesta tai kokemuksen kautta. Lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyö koetaan hyvänä. Tämän opinnäytetyön perusteella sairaanhoitajan keskeisiä saattohoito-osaamista tukevia ominaisuuksia ovat tunneherkkyys, empatia, läsnäolo ja vuorovaikutustaidot. Kliinisistä taidoista korostuivat lääkehoito-osaaminen, kivunhoito, potilaan voinnin tarkkailu sekä kokonaisuuden hahmottaminen.</p> <p>Tulosten perusteella potilaan ja omaisten hengellisiin tarpeisiin pitäisi kiinnittää enemmän huomiota. Haastateltavat toivoivat lisää moniammatillista koulutusta yhdessä lääkäreiden kanssa. Saattohoidon ja siihen liittyvän terminologian yhtenäistäminen olisi perusteltua, jotta saattohoitopotilaiden hoito olisi laadukasta ja saumatonta. Jatkotutkimushaasteita ovat selvittää lääkäreiden näkemyksiä saattohoitopäätöksen teosta ja saavatko potilaat, joille ei saattohoitopäätöstä ole tehty, tarvitsemansa saattohoidon.</p>	
<p>Avainsanat</p> <p>kuolevan potilaan hoito, saattohoito, palliatiivinen hoito, saattohoitopäätös, yhteistyö, sairaanhoitajan valmiudet</p>	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Nursing			
Author(s) Saija Lyytinen and Elina Satomaa			
Title of Thesis In between that patient and that doctor – Competences of a nurse to support a physician in decision making in hospice care			
Date	19.2.2014	Pages/Appendices	51/3
Supervisor(s) Susanne Hämäläinen and Merja Jokelainen			
Client Organisation /Partners Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority in Social and Health Care			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this thesis was to find out what kind of competences nurses need in hospice care and supporting a physician in decision-making in hospice care in primary health care. The aim of this thesis was to provoke conversation in the client organisation work community and to promote co-operation between nurses and physicians in decision-making in hospice care.</p> <p>This study was qualitative. The material was collected from registered nurses with theme interview method in Iisalmi health centre ward number 3 in December 2013. The data was analyzed with data based content analysis.</p> <p>The results of this study tell us that nurses have a significant role in decision-making in hospice care as a messenger between the physician and the patient. The skills needed in hospice care are acquired through experience and supplement training. Co-operation between the physician and the nurse is good. According to this study the fundamental nursing competences in hospice care are emotional sensibility, empathy, ability to be present and interactive skills. Medication skills, analgesia, observation and diagnostic functions were emphasized in the clinical competences.</p> <p>According to this study one has to pay more attention to the emotional needs of the patient and the next of kin. The interviewed nurses hoped for more training together with the physicians. Combining hospice care and the terminology behind it would be justified in order to achieve qualified and adaptive treatment of hospice care patients. Further study challenges are to find out what the physicians' views are in decision-making in hospice care. It should also be studied if the patients without a hospice care decision get the hospice care they need.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Hospice care, decision-making in hospice care, p care, nursing of dying patient, co-operation, competences in Nursing</p>			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	8
2	KUOLEVAN POTILAAN HOITO	9
2.1	Hospice saattohoidon esikuvana	9
2.2	Palliativinen hoito	10
2.3	Saattohoito.....	10
3	SAATTOHOITOPÄÄTÖS PROSESSINA	12
3.1	Hoitotahto	12
3.2	Hoitoneuvottelu ja hoitolinjaus	13
3.3	Saattohoitopäätös	14
4	KOKONAISVALTAINEN SAATTOHOITOTYÖ	16
4.1	Hyvä perushoito kuolevan potilaan hoidossa.....	16
4.2	Ravitsemus ja suonensisäinen nestehoito	17
4.3	Kivun hoito	18
4.4	Eksistentiaalisen ahdistukseen huomioiminen hoitotyössä	18
4.5	Omaiset osana saattohoitoa	19
5	SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN SAATTOHOITOTYÖSSÄ	21
5.1	Koulutuksen antamat sairaanhoitajan kompetenssit	21
5.2	Sairaanhoitajan kompetenssit käytännön saattohoitotyössä	24
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	26
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	27
7.1	Laadullinen tutkimus	27
7.2	Teemahaastattelu aineistonkeruumetodina.....	27
7.3	Aineiston analysointi.....	28
8	TEEMAHAASTATTELUN TULOKSET	29
8.1	Saattohoidon toteutus osastolla.....	29
8.2	Saattohoitopäätöksen tekeminen	30
8.3	Sairaanhoitajan valmiudet ja osaaminen	31
8.4	Kehitysehdotukset saattohoitopäätöksentekoprosessiin	32
9	POHDINTA.....	33
9.1	Eettisyys ja luotettavuus	33
9.2	Tulosten pohdinta	35
9.3	Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu	39
9.4	Jatkotutkimushaasteet.....	41

LÄHTEET	42
---------------	----

LIITTEET

- Liite 1 Teemahaastattelurunko
- Liite 2 Aineiston analyysi
- Liite 3 Tutkimuslupa

1 JOHDANTO

Saattohoidon tehtävänä on tukea kuolevaa ja hänen omaisiaan hyväksymään edessä oleva kuolema, ottamaan vastaan sen herättämät ristiriitaiset tunteet, mielikuvat ja ajatukset. Saattohoidolla pyritään vastaamaan kuolevan potilaan tarpeisiin. Saattohoito on hyvää perushoitoa, riittävää kivun lievitystä ja henkisiin tarpeisiin vastaamista. (STM 2010, 11.)

Kun potilaalla on kuolemaan johtava sairaus, eikä sairautta voida enää lääketieteellisesti parantaa, siirrytään oireenmukaiseen, eli palliatiiviseen hoitoon (Huhtinen 2011, 76–77). Palliatiivinen hoito tarkoittaa kokonaisvaltaista aktiivista hoitoa, joka tähtää potilaan ja hänen omaistensa elämänlaadun parantamiseen ja elämän jatkumiseen. Saattohoito on palliatiivisen hoidon osa, johon siirrytään, kun potilaalla arvioidaan olevan elinaikaa enää korkeintaan kuukausia. Palliatiivinen hoito taas saattaa kestää vuosia. (Huhtinen 2011, 76–77; Kuolevan potilaan hoito: Käypä hoito -suositus 2012.) Sairaanhoitajan tulee osata ottaa päätöksen tekemisen tarve esille keskustellessa lääkärin ja omaisten kanssa. Saattohoitoon siirrytään lääkärin tekemällä päätöksellä. (STM 2010.)

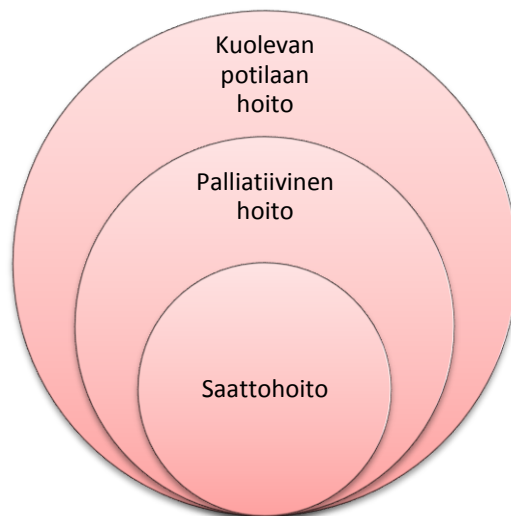
Opinnäytetyön toimeksiantaja on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Iisalmen terveyskeskuksen vuodeosasto 3. Osastolla tarjotaan akuuttihoitoa päivystyksestä ja erikoissairaanhoidosta tuleville Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella asuville potilaille. Osastolla on tilaa 22 potilaalle. Potilaita hoidetaan moniammatillisessa yhteistyössä. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä s.a.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisia valmiuksia sairaanhoitajilla on tukea lääkäriä saattohoitopäätösten tekemisessä perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkimuksena ja sen tulosten tavoitteena on edistää sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä saattohoitopäätösten tekemisessä ja kuolevan potilaan hoidossa. Hyvä yhteistyö ja riittävä saattohoito-osaaminen edistävät kuolevan potilaan hoidon laatua.

Opinnäytetyön aihe löytyi henkilökohtaisen kiinnostuksen ohjaamana opinnäytetöiden ideapankista. Opinnäytetyön toimeksiantajan kanssa keskustellessamme saattohoitopäätösten tekeminen nousi haasteeksi käytännön hoitotyön kannalta. Toimeksiantajan oletus oli, että päätöksiä tehdään liian vähän ja liian myöhään. Tästä syystä päätimme rajata opinnäytetyömme aiheen koskemaan saattohoitopäätösten tekemistä ja sairaanhoitajan valmiuksia tukea päätösten tekemistä.

2 KUOLEVAN POTILAAN HOITO

Palliatiivinen hoito ja saattohoito ovat osa kuolevan potilaan hoitoa. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan oireenmukaista hoitoa, jolla ei enää pyritä parantamaan kuolemaan johtavaa sairautta. Saattohoidossa pyritään vastaamaan kokonaisvaltaisesti potilaan fyysisiin, psyykkisiin, henkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. (ETENE 2012, 6; Huhtinen, 2011, 78–79.) Kuviossa 1 kuvataan saattohoidon ja palliatiivisen hoidon käsitteiden suhdetta kuolevan potilaan hoitoon tässä opinnäytetyössä.



KUVIO 1. Kuolevan potilaan hoito, palliatiivinen hoito ja saattohoito

2.1 Hospice saattohoidon esikuvana

Suomalaisen saattohoidon perustana katsotaan olevan englantilainen ja osin yhdysvaltalainen malli saattohoidosta. Dame Cicely Saunders perusti Lontooseen 1967 St. Christopher's hospicen, ja tätä saattohoitokotia pidetään ensimmäisenä nykyaikaisen saattohoitokäsitteen mukaisena saattohoitokotina. St. Christopher's hospicesta saattohoitoaate levisi Iso-Britanniaan ja Pohjois-Amerikkaan. Myös Suomessa kiinnostus saattohoitoa kohtaan lisääntyi 1970-luvun lopulla ja ensimmäinen saattohoitokoti, Pirkanmaan Hoitokoti Tampereella, otti vastaan ensimmäiset potilaansa vuoden 1988 alussa. (Sand 2003, 33, 44–45.)

Hospice-toimintaa on ollut jo kauan ennen Saundersia ja St Christopher's hospicea. Ensimmäiset hospicet olivat kristittyjen hoitokoteja matkalaisille sekä köyhille, sairaille ja kuoleville. Brittein saarilla 1800-luvun lopulla kuolevat hoidettiin yleensä kotona perheen voimin. Köyhille ja perheettömille oli mahdollista päästä hoitokotiin kuole-

maan. Yleensä nämä hoitokodit olivat seurakuntien ylläpitämiä, ja hoitofilosofiat vaihtelivat hoitokotia ylläpitävän kirkon oppien mukaisesti. (Buck 2007, 114–116.)

Suomalainen delegaatio vieraili St. Christopher's hospicessa 1970-luvulla. Tämän seurauksena lääkintöhallitus antoi ohjeet terminaalihoidosta vuonna 1982. Suomessa oli lukuisia paikallisia hankkeita ja kokeiluita saattohoidon saralla 1980-luvulla. Seuraavalla vuosikymmenellä saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa koskeva tutkimustyö oli monipuolista, runsasta ja aiempaa koordinoitumpaa. (Vainio, Leino & Eckerdal 2004, 45–46.)

2.2 Palliatiivinen hoito

WHO:n (2007, 2–3) mukaan palliatiivinen hoito on parantumattomasti sairaan aktiivista hoitoa, jonka tarkoituksena on lievittää potilaan oireita. Palliatiivisella hoidolla ei pyritä nopeuttamaan tai hidastamaan kuolemaa, mutta se saattaa lisätä elinikää oireiden lievittyessä. Palliatiivinen hoito tukee elämää pitäen kuolemaa elämän luonnollisena osana. STM (2010, 11) määrittelee palliatiivisen hoidon oireita lievittäväksi hoidoksi riippumatta sairauden ennusteesta.

Kaija Holli (2000; 2002, Sandin 2003, 43 mukaan) määrittelee palliatiivisen lääketieteen oireita lievittäväksi hoidoksi etenevissä taudeissa, joita ei voida parantaa. Palliatiivinen hoito on aiemmin tarkoittanut samaa kuin saattohoito, mutta palliatiivinen lääketiede ei ole synonyymi saattohoidolle. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa (Vainio 1998 ja Holli 2000; 2002, Sandin 2003, 43 mukaan).

2.3 Saattohoito

Saattohoito on uudelleen suunnattua hoitoa. Kun esimerkiksi kemoterapian haittavaikutukset suurenevat suhteessa saatuun hyötyyn tai potilas ei enää yleistilansa puolesta ole kykenevä hoitoja saamaan, on tehtävä uusi hoitolinjaus yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Yksi saattohoidon tehtävistä on välittää potilaalle ja omaisille tunne, ettei heitä hylätä, vaikka aktiivisista hoidoista luovutaankin. Kivunhoitoa ja muiden oireiden lievittämistä jatketaan mahdollisuuksien mukaan. (Huhtinen 2011, 78–79.) Saattohoidon päätavoite on potilaan hyvinvoinnin ja turvallisuuden turvaaminen (Hänninen 2012, 8).

STM:n saattohoitosuosituksen (2010, 11) mukaan saattohoito tarjoaa potilaalle hyvän perushoidon ja tukea omaisille. Saattohoidossa ei diagnoosilla ole merkitystä, sillä saattohoidolla pyritään vastaamaan potilaan fyysisiin, psyykkisiin, hengellisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin, joita lähestyvä kuolema aiheuttaa. Saattohoitoa tarvitsevia ihmisiä on Suomessa vuosittain noin 15 000, ja palliatiivista hoitoa tarvitsevia 200 000–300 000 ihmistä.

Suomessa toimii saattohoitoon erikoistuneita hoitokoteja. Terhokoti Helsingissä, Kaarinakoti Turussa ja Pirkanmaan hoitokoti Tampereella ovat syöpäjärjestöjen ylläpitämiä saattohoitokoteja. Hämeenlinnassa sijaitseva Koivikkokoti on Koivikko-säätiön ylläpitämä. Saattohoitopalveluita on saatavilla myös yksityisissä hoitokodeissa muiden palveluiden ohella sekä julkisessa terveydenhuollossa. (Syöpäjärjestöt 2013.) Karjalakoti Lappeenrannassa avattiin syksyllä 2011 (Huhtinen 2011, 79).

Saattohoitoa voidaan toteuttaa kotona, perusterveydenhuollossa ja erilaisissa vanhustenhoitolaitoksissa. Saattohoitoon erikoistuneita yksityisiä tai säätiöiden ylläpitämiä saattohoitokoteja on Suomessa viisi. (Huhtinen 2011, 79.) Noin joka toisella sairaanhoitopiirillä tai suurella kaupungilla Suomessa oli saattohoitosuunnitelma tai laitospohjaiset ohjeet saattohoidosta vuonna 2009. Noin neljänneksessä sairaanhoitopiireistä tai kaupungeista oli suunnitelma tekeillä. Saattohoitopaikkoja tulisi olla 80–100 miljoonaa asukasta kohti, eli Suomessa vähintään 500 paikkaa. Kotisaattohoidossa hyvän hoidon järjestämiseksi tulisi olla asiantuntijatiimi 100 000 ihmistä varten. Asiantuntijaryhmä koostuu palliatiiviseen tai saattohoitoon erikoistuneesta lääkäristä ja sairaanhoitajista sekä muiden ammattiryhmien edustajista. (STM 2010, 11.)

3 SAATTOHOITOPÄÄTÖS PROSESSINA

Euroopan neuvoston palliatiivisen hoidon suosituksen mukaan saattohoidon toteuttaminen on moniammatillista yhteistyötä. Yhteistyöhön osallistuu ammattilaisen lisäksi potilas läheisineen ja mahdolliset vapaaehtoistyöntekijät. Yhtenäiset hoitolinjaukset vähentävät ristiriitaisen informaation määrää, joka puolestaan lisää potilaan ja hänen läheistensä luottamusta hoitavaa tahoa kohtaan. (Council of Europe 2003.) Kuviossa 2 on esitetty, kuinka saattohoitopäätösprosessi nähdään tässä opinnäytetyössä.



KUVIO 2. Saattohoitopäätökseen johtava prosessi

3.1 Hoitotahto

Hoitotahto on potilaan suullinen tai kirjallinen ilmaus siitä, miten hän toivoo itseään hoidettavan. Suositeltavaa on, että hoitotahto olisi myös hoitohenkilökunnan tiedossa. Siksi hoitotahto tulee kirjata selvästi potilaan tietoihin. Hoitotahdosta voi keskustella esimerkiksi lääkärin tai sairaanhoitajan kanssa, ja sitä voi myös muuttaa tarvittaessa. Hoitotahto ei yleensä voi olla kovin yksityiskohtainen, sillä hoitotahtoa tehtäessä sairauden etenemisestä on käytössä vain ennuste. Hoitotahtoa tehtäessä ei myöskään ole tiedossa tulevaisuudessa käytettävissä olevat hoitomahdollisuudet. Näiden syiden perusteella hoitotahto useimmiten määrittelee potilaan toiveen hoitolinjasta, ei tarkkoja hoitoja. (Grönlund 2011a, 21–22.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785) määrittelee, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä. Mikäli potilas ei ole kykenevä sillä hetkellä ymmärtävästi tahtoaan ilmaisemaan, toimii aiemmin ilmaistu hoitotahto suunnannäyttäjänä lääkärille. Ongelmana voi kuitenkin olla se, ettei tieto hoitotahdosta välity esimerkiksi päivystystilanteessa riittävän nopeasti. On mahdollista, ettei lääkäri hyväksy potilaan ilmaisemaan kantaa omaan hoitoonsa. Hoitotahdon vuoksi saatetaan myös luopua tarpeellisistakin tutkimuksista tai hidoista. (Grönlund 2011a, 22.) Hallilan ja Mustajo-

en (2013) mukaan hoitotahto, jossa kieltäydytään aktiivisesta hoidosta, on lääkärin ja muun terveydenhuollon ammattihenkilöstön osalta sitova.

Hoitotahdon rinnakkaiskäsitteenä on hoitotestamentti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuilla on valmis hoitotestamenttipohja, joka on vapaasti tulostettavissa ja täytettävissä. Hoitotestamentti tarvitsee kaksi todistajaa, ja sitä kannattaa säilyttää paikassa, josta se on helposti löydettävissä. Myös hoitotestamentin tekeminen ja sen sisältö pääpiirteissään tulee kirjata potilaan tietoihin. (Grönlund 2011a, 22–24.) Suomen muistiasiantuntijat ry (2011) tarjoaa elämänlaatutestamenttia. Elämänlaatutestamenttiin kirjataan potilaan arkielämää ja -hoitoa koskevat toiveet.

3.2 Hoitoneuvottelu ja hoitolinjaus

Saattohoitopäätöstä edeltää hoitoneuvottelu, jossa päätetään potilaan hoitolinjauksista yksilöllisesti. Tehtyjä päätöksiä voidaan tarkentaa ja muuttaa hoidon edetessä, tai potilaan tilanteen muuttuessa. Vaikka päätöksen saattohoitoon siirtymisestä tekee lääkäri lääketieteellisin perustein, antaa hoitoneuvottelu potilaalle sekä omaisille ja hoitohenkilökunnalle tilaisuuden tuoda esiin omat näkemyksensä, toiveensa tai huolensa hoidosta. Hoitoneuvottelu mahdollistaa siten paremman yhteistyön lääkärin ja potilaan välillä. Saattohoitopäätöksen tekeminen voi vaatia useita hoitoneuvotteluita. Hoitoneuvotteluita voidaan järjestää tarvittaessa myös saattohoidon aikana. (Tanskanen 2004, 24–25.)

Hoitoneuvottelun tavoitteet ovat yksilöllisiä ja potilaan ja omaisten tarpeiden mukaisia. Ne muuttuvat sairauden edetessä. Merkittäviä tavoitteita ovat kuitenkin tiedon jakaminen, tuen tarpeen arviointi ja sen tarjoaminen sekä yhteisen jatkosuunnitelman tekeminen. Yhteisesti sovitut tavoitteet ja suunnitelmat hoidolle helpottavat yhtenäisen hoitolinjan toteutumista. Tieto sairauden tilanteesta lisää turvallisuuden tunnetta ja mahdollistaa rehellisen keskustelun myös perheenjäsenten kesken. Potilaan ja perheenjäsenten suhtautumista ja selviytymistä sairauden suhteen voidaan arvioida ja tarvittaessa tarjota lisää tukea. (Grönlund & Leino 2008, 41–42.)

Hoitoneuvottelu on perusteltua järjestää saattohoidon alkuvaiheessa, jotta yhteiset tavoitteet hoidolle saadaan sovittua ja kaikkien tietoon. Hoitoneuvotteluita voidaan järjestää useita saattohoidon aikana. Aloitteen hoitoneuvottelun järjestämiselle tekee yleensä potilaan omahoitaja, mutta tarvittaessa sen voi tehdä muutkin potilaan hoitoon osallistuvat työntekijät. Hoitoneuvotteluun voi osallistua potilaan, omahoitajan ja

lääkärin lisäksi potilaan omaisia tai läheisiä sekä esimerkiksi sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, kotisairaanhoidaja tai teologi. Osallistujamäärän kasvaessa hoitoneuvottelun läpivieminen usein vaikeutuu. Ennen hoitoneuvottelua voidaan kysyä muiden työntekijöiden huomioita ja mahdollisia kysymyksiä potilaan tilanteeseen liittyen. Hoitoneuvottelun jälkeen hoitoneuvottelussa sovitut asiat kirjataan asian mukaisesti ja tarvittaessa tuodaan myös suullisesti koko työyhteisön tietoon. (Grönlund & Leino 2008, 42–43.)

3.3 Saattohoitopäätös

Saattohoitopäätös tehdään yleensä erikoissairaanhoidossa, kun hoitavan lääkärin päätöksellä luovutaan parantavasta hoidosta ja siirrytään palliatiiviseen hoitoon. Saattohoitoa toteutetaan eniten perusterveydenhuollossa. Saattohoitopäätöksen tehtävänä on suunnata hoitolinjaa uudelleen parantavasta hoidosta oireita lievittävään hoitoon. Saattohoitopäätöksen tekeminen edistää potilaan itsemääräämisoikeutta, oireiden lievitystä ja antaa potilaalle ja omaisille aikaa valmistautua lähestyvään kuolemaan. Tästä syystä potilaan ja omaisten toiveita tulee kuulla saattohoitopäätöstä tehtäessä. (Huhtinen 2011, 78–79; Hänninen & Anttonen, 2008, 25; STM 2010, 13–14.)

Saattohoidon tulee alkaa saattohoitopäätöksestä, mutta saattohoidon aloittaminen ei tarkoita välttämättä kuratiivisesta eli parantavasta hoidosta luopumista. Saattohoidon edetessä hoidon painopiste siirtyy kuratiivisesta palliatiiviseen eli oireita lievittävään hoitoon. Saattohoitopäätös edellyttää, että potilaan jäljellä oleva elinaika on ennustettavissa, ja se arvioidaan lyhyeksi. Jos elinaikaa arvellaan olevan pitempään, käytetään hoidosta nimitystä palliatiivinen hoito. Sille, kumpaa nimitystä potilaan hoidosta käytetään, ei ole tarkkaa aikarajaa, vaan asiaan vaikuttaa eniten potilaan vointi. Huolellisen kivunhoidon ja oireiden lievittämiseen tähtäävän hoidon lisäksi saattohoidon tehtävänä on henkisen, hengellisen ja sosiaalisen kivun lievittäminen. (Pihlainen 2010, 11; STM 2010 13–15.)

Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri potilaan ja omaisten kanssa käytyjen neuvotteluiden pohjalta. Sairaanhoidaja osallistuu päätöksen tekoon hoitotyön asiantuntijana. (Huhtinen 2011, 78–79.) Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan aloite saattohoitoon siirtymisestä tulee yleisimmin omaisilta (42 %). Potilaat itse (28 %) tekevät aloitteen hieman lääkäreitä (27 %) useammin. (Chen, Haley, Robinson & Schonwetter 2003 Hillin & Hackerin 2010, 182–183 mukaan.)

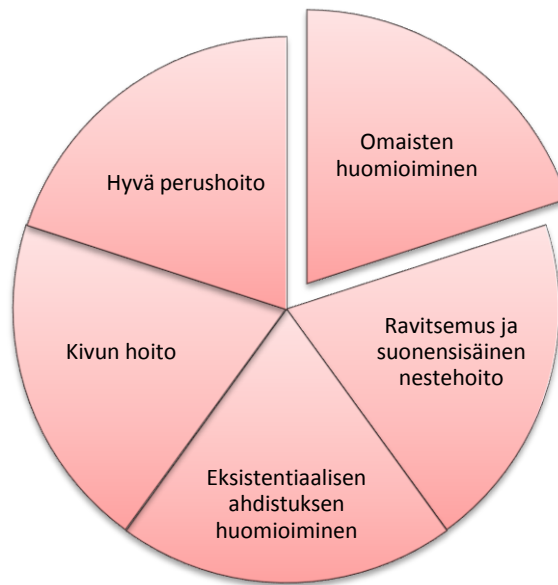
Saattohoitopäätöstä tehdessä tulisi myös määritellä, kuka hoitaa saattohoitopotilasta, missä, milloin ja millä resurssein. Tällä varmistetaan hoidon jatkuvuus ja yhtenäisyys. (Hänninen & Anttonen 2008, 24.) Mikäli potilas ei enää ole kykenevä ilmaisemaan omaa tahtoaan hoidon suhteen, huomioidaan potilaan mahdollisesti aiemmin ilmaisema hoitotahto. Päätös saattohoidon aloittamisesta on oikeudellisesti tärkeä, sillä siinä kajotaan merkittävästi potilaan fyysiseen ja psyykkiseen koskemattomuuteen. (Pihlainen 2010, 14.)

Lääkärin tekemiin päätöksiin saattohoidosta vaikuttaa lääkärin koulutus ja kokemus. Henkilökohtaisilla tekijöillä, kuten iällä, sukupuolella ja kulttuuritaustalla on vaikutusta siihen, kuinka aktiivinen hoitolinjaus on. Kokemattomat, vastavalmistuneet lääkärit jatkavat aktiivisten hoitojen antamista pidempään kuin kokeneemmat lääkärit. Onkologian erikoislääkärit tekevät muiden alojen erikoislääkäreitä helpommin päätöksen saattohoitoon siirtymisestä. He ottavat potilaan ja omaisten mielipiteen huomioon muita lääkäreitä useammin. Naislääkärit huomioivat miehiä enemmän potilaiden ja omaisten näkemyksiä ja toiveita hoitopäätöksissään. Kulttuuriset vaikuttajat vaikuttavat kuitenkin sukupuolta enemmän siihen, miten paljon potilaalla ja omaisilla on mahdollisuuksia vaikuttaa lääkärin päätöksiin. (Hinkka 2001, 65–67.)

Saattohoidon onnistumiseksi on Frank (2009, 614–617) määritellyt tutkimuksensa perusteella lääkärin osaamista, joka on vaatimuksena saattohoitopäätöksen tekemiselle. Saattohoitopäätöksen tekeminen yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa on edellytys hyvälle kuolemalle. Lääkärin on annettava rehellistä ja ymmärrettävää tietoa potilaan tilanteesta, jotta potilas ja omaiset pystyvät tekemään päätöksensä tietoon perustuen. Tietoa antaessaan lääkäri on kuitenkin empaattinen ja tarjoaa tietoa huomioiden potilaan ja omaisten sen hetkisen kyvyn ottaa tietoa vastaan. Saattohoidon onnistumiselle on tärkeää, että lääkäri on kykenevä ja halukas hyödyntämään muiden potilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten osaamista. Lääkäri osaa jakaa vastuun potilaan hoidosta sairaanhoitajien kanssa.

4 KOKONAISSVALTAINEN SAATTOHOITOTYÖ

Saattohoidolla tavoitellaan potilaan mahdollisimman mukavaa ja oireetonta oloa. Saattohoitoon kuuluvat hoitotoimenpiteet valitaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti tarpeen mukaan, ja ne saattavat siksi poiketa totutusta. Ei kuitenkaan ole olemassa sellaista toimenpidettä, jota ei saattohoitopotilaalle tehdä, jos se vain hyödyttää potilasta. (Hänninen 2012, 14.) Kuviossa 3 esitetään kokonaisvaltaisen saattohoitotyön osa-alueet ja niiden suhteet tämän opinnäytetyön mukaisesti.



KUVIO 3. Kokonaisvaltaisen saattohoitotyön osa-alueet

4.1 Hyvä perushoito kuolevan potilaan hoidossa

Hyvä perushoito on ravitsemuksesta, puhtaudesta ja eritystoiminnasta huolehtimista sekä päivittäistä lääkehoitoa. Hygieniasta ja eritystoiminnasta huolehtimalla voidaan torjua infektioita, ja taata potilaalle mahdollisimman miellyttävä olo. Päivittäisellä peseytymisellä ja esimerkiksi ulkonäöstä huolehtimalla voidaan ylläpitää potilaan normaaliuden ja ihmisyyden tunnetta. Kaikissa päivittäisissä hoitotyön toiminnoissa edellytyksenä on potilaan toiveiden ja jaksamisen kuunteleminen. (Hänninen 2012, 45–46.)

Vaikka hyvä perushoito saattaa lisätä saattohoitopotilaan elinaikaa, on huomioitava hoidon etenevän kohti kuolemaa. Kuoleman jälkeenkin on vielä tehtävää sekä itse potilaan että läheisten kanssa. Vainajasta huolehtiminen täytyy tehdä asianmukaisesti.

ti ja läheisille on annettava mahdollisuus jäähyväisten jättämiseen. Saattohoitoon kuuluu myös läheisten tukeminen surutyössä. (Salonen 2.10.2012.)

Perushoitoa on myös potilaan ja omaisen henkisiin tarpeisiin vastaamista. Henkiset tarpeet ovat henkilökohtaisia ja vaihtelevat potilaan ja perheen historiasta riippuen. Hengellisyydellä ei tarkoiteta ainoastaan uskonnollista vakaumusta, vaan myös muita elämäncatsomuksellisia asioita. Hoitotyön keinoin pyritään tukemaan potilasta kohti tasapainoista hengellisyyttä ja sisäistä rauhaa. Tyypillisiä hengellisiä kysymyksiä saattohoidossa ovat kuka olen tai miksi elän. Hoitohenkilökunnan ei tarvitse antaa vastauksia hengellisiin kysymyksiin, mutta niitä pitää osata kuunnella. ("Silta toiselle rannalle" – saattohoidon asiantuntijaverkosto 2011–2012, 38–39.)

4.2 Ravitseminen ja suonensisäinen nestehoito

Vaikeasti sairaalla potilaalla on usein nielemisvaikeuksia, eivätkä ravintoaineet enää imeydy potilaan elimistöön suun kautta nautitusta ruoasta, kuten ennen. Syömiseen itseensä liittyy usein myönteisiä mielikuvia ja yhdessä syöminen on tiivis yhteisöllinen kokemus. Kun potilas ei enää kykene syömään suun kautta, ravitsemukseen liittyvistä hoitotoimenpiteistä luovutaan, koska sillä ei katsota olevan hyötyä potilaan hyvinvoinnin kannalta. Potilaan laihtuminen taudin edetessä ei johdu vain syömättömyydestä, vaan siitä, ettei sairas ruumis enää kykene käyttämään ravintoa hyväksi. Potilaan syöttämiseen liittyy aina aspiraatoriski, ja lisääntynyt ulostamistarve voi pahentaa potilaan oloa. (Hänninen 2012, 15–17.)

Taudin edetessä potilaat ovat usein kuivuneita, sillä sairaus ja vaativat hoidot muuttavat aineenvaihduntaa. Toisinaan potilas voi olla niin uupunut, ettei jaksa juoda. Elimistön kuivuus voi aikaan saada sekavuutta elektrolyyttitasapainon häiriöiden vuoksi. Myös suun kuivuminen koetaan hyvin epämiellyttävänä. Kuivumisella voidaan nähdä positiivisia vaikutuksia, sillä eritystoiminnan vähenemisen vuoksi potilasta täytyy liikutella vähemmän. Kuivuminen lieventää kipua kudosturvotusta vähentämällä. (Hänninen 2012, 15–17.)

4.3 Kivun hoito

Saattohoidettavilla potilailla kipu on suuri ongelma, ja potilaan hyvinvoinnin turvaamiseksi juuri kivun hoito on merkittävä osa saattohoitotyötä. Kipu luokitellaan nosiseptiiviseen, viskeraaliseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun. Nosiseptiivinen kipu tarkoittaa kudostuhon aiheuttamaa, esimerkiksi luustometastaasien aiheuttamaa kipua. Viskeraalinen kipu johtuu onttojen elinten ja sileän lihaksen venyttämisestä. Neuropaattinen kipu johtuu hermojen vaurioitumisesta, idiopaattisen kivun syytä ei tunneta. Kipu on aina potilaan oma kokemus, ja sen syy ei välttämättä ole elimellinen. Potilaat ilmaisevat usein myös muun tuskan, ahdistuksen ja kärsimyksen kipuna, sillä ajatellaan, että kivun hoito on konkreettista, esimerkiksi lääkkeillä. Kivulla ja potilaan henkisillä ongelmilla on muutenkin yhteys; kovat, hallitsemattomat kivut lisäävät masennusoireita. Samoin masentuneet potilaat kokevat kipuja enemmän. Kivun diagnoosi ja luokittelu vaikuttavat kivun hoitotavan valintaan. (Grönlund 2011b, 58; Hänninen 2003, 72–73; Hänninen, 2012, 27).

Kivun hoidon tulee olla kokonaisvaltaista, kaikki potilaan tarpeet ja toiveet huomioon ottavaa. Kivun hoidossa pitää muistaa lääkehoidon lisäksi myös lääkkeettömät kivun hoitomenetelmät kuten musiikki, läheisten tuki ja läsnäolo tai hieronta. Pääsääntönä kivun lääkehoidossa on, että kipua hoidetaan miedoimmalla riittävällä kipua lievittävällä lääkeaineella, valmisteella ja annoksella. Kuolevan potilaan hoidossa kivun hoidon on oltava riittävää. Opioidien ja muiden voimakkaiden kipulääkkeiden käyttöä ei saa arastella. Kivun hoitoon käytettävä voimakaskaan opioidi ei aiheuta riippuvuudelle altistavaa euforiaa oikean kokoisella annoksella, eikä riippuvuudesta muodostu ongelmaa, koska potilaan eliniänodote on lyhyt. Kivun hoidossa on hyvä olla myös ennalta ehkäisevä ote. Lisäksi voidaan käyttää muita lääkkeitä ja hoitoja, kuten antibiootteja, solunsalpaajia tai kirurgista hoitoa enemmän kivun hoidon tueksi kuin parantavaksi hoidoksi. (Hänninen 2003, 88; Hänninen 2012, 22–30.)

4.4 Eksistentiaalisien ahdistuksen huomioiminen hoitotyössä

Eksistentiaalisella ahdistuksella tarkoitetaan ahdistusta oman elämän rajallisuudesta. Eksistentiaalinen ahdistus kuuluu ihmisyyteen. Eksistentiaalisien ahdistuksen hoitaminen vaatii sen kohtaamista, jotta ahdistus saa käsiteltävissä olevan muodon. Saattohoitotyötä tekevä sairaanhoitaja tai lääkäri ei voi vastata potilaan eksistentiaaliseen ahdistukseen, jos hän ei ole käsitellyt omaa eksistentiaalista ahdistustaan. Saattohoi-

topotilas tarvitsee myös rehellistä ja ajantasaista tietoa tilanteestaan kyetäkseen etsimään ratkaisuja eksistentiaaliseen ahdistukseensa. (Mattila 2006, 38–41.)

Käytännössä eksistentiaalinen ahdistus ilmenee potilaan kysymyksinä omasta tarpeellisuudestaan ja merkityksestä muille ihmisille. Potilas saattaa pohtia, miksi täytyy kuolla juuri nyt. Pohjimmiltaan eksistentiaalinen ahdistus on pohdintaa elämän merkityksellisyydestä, jos päämääränä on aina kuolema (Huhtinen 2011, 88–89; Mattila 2006, 40). Potilasta huolettaa läheisten selviytyminen kuoleman jälkeen. Käytännön asioiden selvittely, kuten taloudellisen toimeentulon järjestäminen, voi lievittää eksistentiaalista ahdistusta. Tällöin omaisille ja potilaalle jää enemmän aikaa keskittyä viimeisten aikojen yhdessä elämiselle. (Grönlund 2011c, 132–133.)

4.5 Omaiset osana saattohoitoa

Yhden henkilön kuolema koskettaa monia ihmisiä, sillä yksilö edustaa eri asioita eri ihmisille ja eri paikoissa. Yksi ihminen voi olla samaan aikaan jonkun puoliso, lapsi ja vanhempi, isovanhempi, kummi, setä, eno tai täti. Työpaikalla hän on kollega, esimies, alainen, asiakaspalvelija, vapaa-ajalla lenkkiseuralainen, sählyjoukkueen kapteeni tai humppabändin rumpali. Potilaan kuollessa perhe, työ- ja harrastusyhteisöt joutuvat etsimään uuden tavan toimia. (Schmitt 2008, 59.)

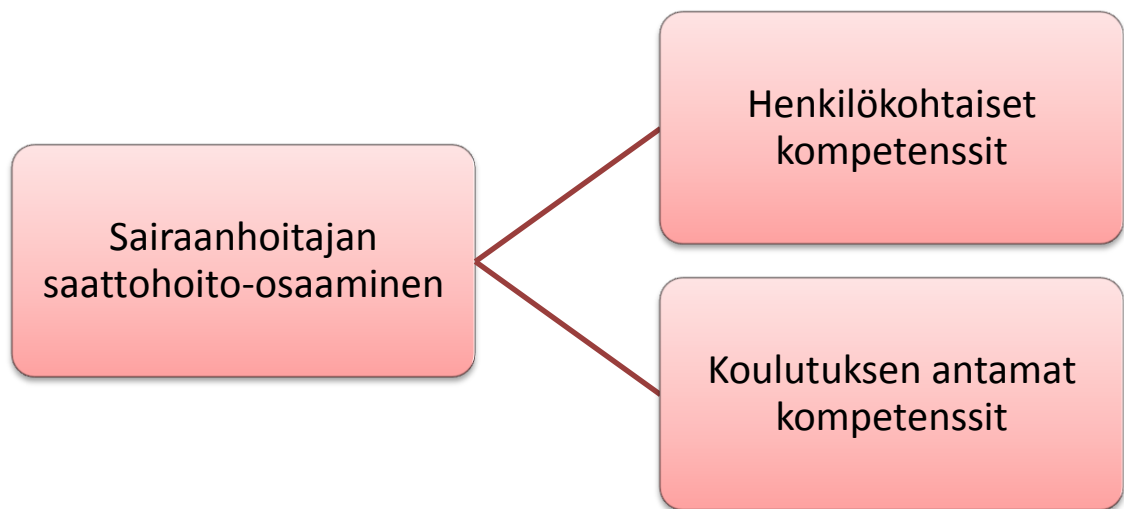
Tulevan kuoleman hyväksyminen tapahtuu vaiheittain. Perheenjäsenet etenevät tässä prosessissa yksilöllistä tahtia, mikä saattaa johtaa ristiriitoihin. Yhdellä perheenjäsenellä voi olla tarve käsitellä asiaa puhumalla, ja samaan aikaan toinen perheenjäsen ei ole halukas tai kykenevä kuuntelemaan vaan haluaa käsitellä asiaa mielessään. Elämän jatkuessa sairauden varjossa voivat omaiset tuntea syyllisyyttä halustaan tehdä "tavallisia asioita" tai kyllästymisestäään sairastumiseen tai sairastuneeseen. Näissä tilanteissa hoitotyöntekijän tehtävänä on ottaa vastaan ja hyväksyä potilaan ja omaisten tunteita tuomitsematta. Omaisilla saattaa myös olla erilaisia näkemyksiä tai vaatimuksia potilaan hoidon suhteen. Nämä tilanteet ovat haastavia hoitotyöntekijöille, mutta silti niiden purkaminen ja käsitteleminen on ennen kaikkea potilaan ja hänen omaistensa etu. (Schmitt 2008, 61–62, 66–67.)

Saattohoidettavalla on oikeus elää vanhempana kuolemaansa saakka. Monet potilaat surevat paitsi omaa tulevaa kuolemaansa myös läheisten tulevaa surua ja menetystä. Potilas voi kuitenkin varautua tähän esimerkiksi tekemällä videon lapselleen katsottavaksi myöhemmin tai kirjoittamalla kirjeen. Tämä vaatii, että potilaalle on kerrottu hä-

nen tilanteensa rehellisesti. Samalla hoitohenkilökunnan pitää muistuttaa ja tukea potilasta ja omaisia elämään jäljellä olevaa yhteistä aikaa. (Schmitt 2008, 65–66.)

5 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN SAATTOHOITOTYÖSSÄ

Opetusministeriö, yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön, Terveystieteiden tutkimuskeskuksen, Suomen Kuntaliiton ja Suomen Ammattikorkeakouluopiskelijajärjestöjen Liitto – Samok ry:n kanssa, on laatinut vuonna 2006 kansalliset osaamisvaatimukset valmistuville terveydenhuollon ammattilaisille (Opetusministeriö 2006). Meretoja on kehittänyt väitöstutkimuksessaan sairaanhoitajan ammattipätevyyttä mittaavan NCS-mittarin (Meretoja 2003). Kuviossa 4 on esitetty sairaanhoitajan saattohoito-osaaminen tämän opinnäytetyön mukaisesti.



KUVIO 4. Sairaanhoitajan saattohoito-osaamisen muodostuminen

5.1 Koulutuksen antamat sairaanhoitajan kompetenssit

Sairaanhoitajan osaamisen osa-alueiksi on opetusministeriön selvityksessä määritetty eettinen osaaminen, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, opetus ja ohjaaminen, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämisosaaminen ja johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen osaaminen ja lääkehoito. Saattohoitotyössä näistä kompetensseista korostuu eettinen osaaminen, hoitotyön päätöksenteko-osaaminen, ohjaus- ja opetusosaaminen, monikulttuurisuusosaaminen sekä kliininen ja lääkehoito-osaaminen. (Opetusministeriö 2006.)

Meretojan NCS-mittari jakaa sairaanhoitajan osaamisen seitsemään osa-alueeseen, auttamiseen, opettamiseen ja ohjaamiseen, tarkkailutehtävään, tilannehallintaan,

hoitotoimien hallintaan, laadun varmistukseen ja työrooliin. Mittari on kehitetty sairaanhoitajien osaamisen arvioinnin välineeksi sairaanhoitajille ja hoitotyön johtajille. (Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi 2004, 125–126.) Liimatainen (2009, 50–57) nimeää lisensiaatintutkielmassaan sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiksi eettisen osaamisen, hoitotyön päätöksentekotaidot, yhteistyö- ja viestintätaidot, kliiniset hoitotaidot, lääkahoito-osaamisen, tutkimus- ja kehittämistyö- sekä johtamistaidot, ohjaus ja opetusosaamisen, yhteiskunnallisen ja monikulttuurisen hoitotyön sekä terveyden edistämisen.

Sairaanhoitaja eettisen osaamisen edellytyksenä on hoitotyön filosofian ja etiikan, terveydenhuoltoalan lainsäädännön ja ammattilaisen oikeuksien ja velvollisuuksien tunteminen. Hoitotyön lähtökohtana on ihmisoikeuksien ja ihmisarvon kunnioittaminen. Sairaanhoitaja toimii potilaan edun mukaisesti ja tarvittaessa sitä puolustaen. (Liimatainen 2009, 50; Opetusministeriö 2006, 64.)

Hoitotyön päätöksenteko on potilaslähtöistä ja sitä tehdään moniammatillisesti yhteistyössä potilaan ja omaisen kanssa. Sairaanhoitajan rooli päätöksenteossa on toimia oman alansa asiantuntijana, joka toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Sairaanhoitajan tehtäviä ovat myös dokumentointi ja tietosuojasta ja -turvasta huolehtiminen. Sairaanhoitaja määrittelee potilaan hoidon tarpeen ja suunnittelee toteutettavan hoidon. Päätöksenteossa korostuvat vuorovaikutus ja kriittinen ajattelu sekä kyky kantaa vastuu omasta toiminnastaan. (Liimatainen 2009, 51; Opetusministeriö 2006, 64.)

Ohjaus- ja opetusosaaminen on terveystieteiden tunnistamista, niiden hallintaa ja potilaan sitouttamista hoitoon. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu potilaan hoidonohjaus ja omahoitoon kouluttaminen. Sairaanhoitajan tulee osata tuottaa ohjausmateriaalia ohjauksen tueksi. Osa ohjaus- ja opetusosaamista on arvioida omaa toimintaansa ja muokata sitä potilaan tarpeiden mukaan. (Liimatainen 2009, 56; Opetusministeriö 2006, 65.) Muiden työntekijöiden ja opiskelijoiden ohjaaminen ja opettaminen kuuluu sairaanhoitajan perusosaamiseen. Sairaanhoitaja pitää yllä ja kehittää omaa ammattitaitoaan. (Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi 2004, 127.)

Yhteistyötaitoja vaaditaan moniammatillisissa työskentelyssä tai kohdattaessa potilaita ja heidän omaisiaan. Sairaanhoitaja on asiantuntija, joka konsultoi muita tai on itse konsultoitavana. Yhteistyötaitoihin kuuluu vertaistyöskentelytaidot, esiintymistaidot ja kokousosaaminen. Yhteistyötaitoihin kuuluu myös kyky kommunikoida non-verbaalisesti. (Liimatainen 2009, 52; Opetusministeriö 2006, 66.)

Tutkimus- ja kehittämisosaaminen sekä johtajuusosaaminen edellyttävät sairaanhoitajan osaavan tunnistaa ja tuoda esiin kehittämistarpeita. Sairaanhoitaja tutkii, arvioi ja kehittää omaa ja työyhteisönsä toimintatapoja, raportoi ja julkistaa kehittämäänsä, käynnistää muutoksia ja ylläpitää omia oppimisvalmiuksiaan. Sairaanhoitaja koordinoi potilaiden kokonaishoitoa, on kustannustietoinen ja johtaa tiimiä sekä edistää hoitotyön laatua. (Liimatainen 2009, 54; Opetusministeriö 2006, 66.)

Monikulttuurisuusosaaminen on kykyä ymmärtää kulttuurin, uskonnon ja tapojen merkitystä hoitotyössä. Sairaanhoitajan tulee osata toimia kansainvälisissä ja monikulttuurisissa yhteisöissä, edistää suvaitsevuutta ja erilaisuuden hyväksymistä. Monikulttuurista osaamista on tunnistaa erilaisia hoitokulttuureja sekä omata hoitajan ammatillinen kielitaito. (Liimatainen 2009, 56; Opetusministeriö 2006, 67.)

Kliininen osaaminen hoitotyössä perustuu näyttöön perustuvan hoitotyön, päätöksenteon, ongelmanratkaisun, potilaan kokonaishoidon, hoitotyön auttamismenetelmien ja lääkehoidon virheettömään hallintaan. Potilaan tilan ja oireiden sekä hoidon vaikuttavuuden seuranta ja niissä tapahtuvissa muutoksista johtopäätösten tekeminen on osa sairaanhoitajan kliinistä osaamista. Sairaanhoitajan perustehtäviä ovat peruselintointojen tutkiminen, arvioiminen ja ylläpitäminen. Kliiniseen osaamiseen kuuluu tutkimustulosten tulkintaa potilaan hoidossa ja hoidon seurannassa. (Liimatainen 2009, 52–53; Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi, 2004, 127; Opetusministeriö 2006, 68.)

Kliinisiin taitoihin kuuluu fyysisestä, psyykkisestä, hengellisestä ja sosiaalisesta potilasturvallisuudesta huolehtiminen. Sairaanhoitaja tukee potilaan ja omaisen hyvinvointia ja jaksamista, ennaltaehkäisee ja tunnistaa mielenterveyttä uhkaavia tilanteita ja auttaa näissä tilanteissa hoitotyön keinoin. Oleellinen osa sairaanhoitajan tehtäviä on lievittää kipua ja kärsimystä myös elämän päättyessä. Sairaanhoitajan tulee hallita kriisihoito. Kliinisiä kädentaitoja ovat perus- ja kokonaishoito kuten haavanhoito, hapenanto, suonensisäisen neste- tai lääkehoidon toteuttaminen, liman imeminen hengitysteistä, nenä-mahaletku asettaminen ja katetrointi. Kliinisen osaamisen keskeisiä alueita sairaanhoitajalle on kivunhoito, aseptiikka, kuolevan hoitotyö ja työturvallisuus. (Liimatainen 2009, 52–53; Opetusministeriö 2006, 68.)

Sairaanhoitajan lääkehoito-osaamista on ymmärtää lääkehoidon prosessin ja merkitys osana hoitokokonaisuutta. Lainsäädännöllisen, farmakologisen, patofysiologisen ja lääkelaskennan tietoperustan hallitseminen on oleellinen osa lääkehoito-osaamista. Sairaanhoitajan tulee olla perehtynyt lääkehoidon hoidollisiin vaikutuksiin, lääkkeiden hankintaan, käsittelyyn, toimittamiseen, säilyttämiseen ja hävittämiseen

liittyviin seikkoihin. Sairaanhoidajan tehtävä hoitotyössä on toteuttaa potilaan lääkehoitoa lääkärin määräyksen mukaan turvallisesti, dokumentoida toteutettu lääkehoito sekä seurata ja arvioida lääkehoidon vaikuttavuutta. Nestehoidon ja verensiirron, ja niissä tarvittavat kliiniset taidot, kuten suoniyhteyden avaaminen ja aseptiikka, katsotaan lääkehoito-osaamiseen kuuluvaksi. Sairaanhoidajan tulee tuntee eri lääkemuodot ja lääkkeenantoreitit, tunnistaa lääkehoitoon liittyviä riskejä kuten yhteis- ja haittavaikutukset sekä huolehtia, että potilas saa lääkehoidon ohjausta. (Liimatainen 2009, 54; Opetusministeriö 2006, 69.)

Terveiden edistämisen osaamista on sairaanhoidajan kyky tunnistaa ja ennakoida yksilön ja yhteisön terveysuhkia ja -ongelmia. Terveyttä edistävä hoitotyö on yhteisö- ja asiakaslähtöistä. Sairaanhoidaja tukee ja aktivoi yksilöä, perhettä ja yhteisöä ottamaan vastuuta terveytensä, voimavarojensa ja toimintakykynsä ylläpitämisessä ja parantamisessa. Kuntouttava työote on yksi terveyden edistämisen keino. Sairaanhoidaja tuntee väestön yleisimmät terveysongelmat, kansansairaudet ja niiden ehkäisyyn ja hoidon. Ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö, ravitsemusohjaus, seksuaaliterveys ja terveysliikunta ovat terveyttä edistävän hoitotyön osa-alueita. (Liimatainen 2009, 57; Opetusministeriö 2006, 64.)

Suomalaiset sairaanhoidajat arvioivat osaamisensa NCS-mittarilla kaikilla osa-alueilla hyväksi. Vakituksessa työsuhteessa työskentelevät arvioivat osaamisensa tilapäisissä työsuhteissa työskenteleviä paremmaksi, samoin kuin pitkän työkokemuksen omaavat vastavalmistuneisiin verrattuna. Koulutuksiin osallistuneet sairaanhoidajat arvioivat oman osaamisensa muita sairaanhoidajia paremmaksi. Ammatillisen osaamisen arvioiminen on edellytys hoitotyön kehittämiselle sekä yksittäisen työntekijän että työyhteisön kohdalla. (Heikkilä, Ahola, Kankkunen, Meretoja & Suominen 2007, 9.)

5.2 Sairaanhoidajan kompetenssit käytännön saattohoitotyössä

Sairaanhoidaja tekee saattohoitotyötä persoonallaan. Persoonallisia ominaisuuksia, joista on hyötyä saattohoitotyötä tehtäessä, on esimerkiksi empaattisuus, kokemuksen tuoma varmuus ja kypsyyt sekä kyky ja uskallus kohdata kuoleva potilas ja hänen omaisensa. Saattohoitotyötä tekevä sairaanhoidaja kykenee käsittelemään ja hallitsemaan työnsä herättämät tunteet. Halu hoitaa potilas ja tämän omaiset kokonaisvaltaisesti ilmenee kunnioituksena potilasta ja hänen vakaumustaan kohtaan. (Saastamoinen 2012, 33–35.)

Voidakseen tukea potilasta, omaisia ja lääkäriä saattohoitopäätöksen tekemisessä sairaanhoitajan tulee rakentaa luottamussuhde potilaaseen ja omaisiin. Luottamussuhdetta rakentaessaan sairaanhoitaja oppii tuntemaan potilaan ja tunnistamaan tämän tarpeita. Sairaanhoitajan tehtävänä on esitellä potilaalle ja omaisille eri hoitovaihtoehtoja ja tukea päätösten tekemisessä. Sairaanhoitaja ei saa painostaa potilasta tai omaisia heidän toiveidensa vastaisiin päätöksiin asiantuntijuutensa perusteella. Sairaanhoitajan on kannettava vastuu tekemistään päätöksistä saattohoidon aikana. (Frank 2009, 616.)

Sairaanhoitajan osaamista saattohoitotyössä edistää asianmukainen koulutus. Työn ohjauksella ja työtovereiden tuella edistetään saattohoitotyötä tekevien työssä jaksamista. Näillä keinoin sairaanhoitajalla on paremmat edellytykset potilaan ja omaisten tahdon ja toiveiden huomiointiin. Sairaanhoitajan tulee hallita kriisihoitotyön perusteet, jotta hän pystyy tarjoamaan potilaalle ja omaisille lohtua ja ymmärrystä. (Saastamoinen 2012, 33–35.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien valmiuksia saattohoitotyöhön ja lääkärin tukemiseen saattohoitopäätöksen tekemisessä perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli herättää keskustelua toimeksiantajan työyhteisössä ja edistää sairaanhoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä saattohoitopäätösten tekemisessä ja kuolevan potilaan hoidossa. Hyvä yhteistyö ja riittävä saattohoito-osaaminen edistävät kuolevan potilaan hoidon laatua. Opinnäytetyön tekeminen kehittää lisäksi omia saattohoidossa tarvittavia tietoja ja taitoja.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat:

1. Millaisena sairaanhoitajat näkevät saattohoitopäätöksentekoprosessin?
2. Millaisia valmiuksia sairaanhoitajat kokevat tarvitsevänsä saattohoitotyössä ja saattohoitopäätöksen tekemisessä?
3. Miten sairaanhoitajien valmiuksia saattohoitoon voidaan parantaa?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Haastateltavat vastasivat teemahaastattelurungon mukaisesti teemoiteltuihin kysymyksiin. Haastatteluilla kerätty aineisto analysoitiin induktiivisella aineistoanalyysillä.

7.1 Laadullinen tutkimus

Neutensin ja Robinsonin (2001, 163, 166–167) mukaan laadullinen menetelmä on kuvailevaa ja kertoo enemmän ilmiön syistä kuin seurauksista. Laadullisella tutkimuksella saadaan kerättyä sanatonta tietoa, kuten non-verbaalista viestintää tai ympäristön vaikutusta haastateltavaan. Samalla haastattelu kvalitatiivisen tutkimuksen toteutustapana vaatii haastattelijalta taitoa ja aikaa. Non-verbaalista viestintää voi tulkita myös väärin, jolloin tutkimustulokset voivat vääristyä. (Hirsjärvi & Hurme, 2001, 35.)

Laadullinen menetelmä sopii tähän opinnäytetyöhön, sillä sairaanhoitajien valmiuksia tukea lääkäriä päätöksen teossa ei ole tutkittu aiemmin. Tarkoituksena oli selvittää, saattohoitopäätöksen tekemiseen vaikuttavia asioita ennemmin kuin saattohoitopäätöksen seurauksia. Opinnäytetyöhön aiottiin haastatella yhteensä viittä lisälmen terveyskeskuksen vuodeosasto 3:n lääkäriä ja sairaanhoitajaa. Lääkärin haastattelua ei saatu aikatauluongelmien vuoksi järjestettyä, mutta sairaanhoitajien haastatteluista saatiin yhteensä kuusi esitestattavan haastattelu mukaan lukien.

7.2 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu etenee etukäteen mietittyjen teemojen mukaan. Haastattelu etenee teemoittain mutta yksityiskohtaisia kysymyksiä ei käytetä. Koska kysymysten tarkkaa muotoa ja esittämisjärjestystä ei ole ennalta määritetty, on teemahaastattelu strukturoitua haastattelua vapaampi haastattelumuoto. Valmiiden vastausvaihtoehtojen puuttuessa voidaan katsoa haastateltavan vastauksien kysymyksiin kertovan tarkemmin haastateltavan omista näkemyksistä ja mielipiteistä. Teemat muotoutuvat sen mukaan, mikä tieto on oleellista saada, jotta tutkimuskysymykseen voidaan vastata. Jokainen teema käsitellään jokaisen haastatelta-

van kanssa, mutta kaikkia teemoja ei välttämättä käydä jokaisen haastateltavan kanssa läpi yhtä tarkasti. (Eskola & Suoranta 2008, 86; Vilkkä 2005, 101–102.)

Teemahaastattelu sopii opinnäytetyöhön, koska se antaa monipuolisen näkökulman vastaukseksi opinnäytetyön tutkimustehtävään. Teemahaastattelun runko on liitteenä 1. Haastattelut toteutettiin toimeksiantajan tiloissa. Haastateltavat (n= 6) valikoituivat toimeksiantajan toimesta. Myös esitestattava oli toimeksiantajan valitsema osaston henkilökuntaan kuuluva sairaanhoitaja. Esitestattavalta kysyttiin testihaastattelun jälkeen mitä mieltä hän oli haastattelurungosta. Koska palaute oli positiivista ja esitestausvastaukset muun haastatteluaineiston mukaista, esitestaus päätettiin ottaa mukaan tutkimusaineistoon. Päätökseen myötävaikutti, myös se, ettei suunniteltu osaston lääkärin haastattelua voitu toteuttaa aikataulullisista syistä. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitukset litteroitiin ennen sisällönanalyysin tekemistä.

7.3 Aineiston analysointi

Opinnäytetyössä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa haastateltujen käyttämiä sanoja ja ilmaisuja luokitellaan teoreettisen merkityksen perusteella. Asetetut tutkimustehtävät ohjasivat sisällönanalyysille merkittävien sanojen ja ilmaisujen valikoitumisen, ja tutkimustehtäville epäolennainen informaatio karsiutui pois. Aineistolähtöisessä analyysissä teoreettinen kokonaisuus pyritään luomaan siten, etteivät aiemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysiä. (Vilkkä 2005, 140.)

Haastattelun vastauksien purkaminen oli kolmevaiheinen prosessi. Sisällönanalyysissä (liite 2) ensin pelkistettiin eli redusointiin aineisto, jolloin tutkimustehtävien kannalta epäolennainen aines poistettiin haastattelumateriaalista. Seuraavaksi aineisto klusteroitiin eli luokiteltiin alkuperäisilmaukset eroavaisuuksien ja samankaltaisuuksien mukaan. Luokat nimettiin sisältönsä mukaan ja näiden alaluokiksi ryhmiteltiin pelkistetyt ilmaukset. Kolmantena vaiheena oli abstrahointi eli käsitteellistäminen. Abstrahoinnissa etsittiin samansisältöisille luokille yhteisiksi nimittäjiksi yläluokkia. Yläluokkien abstrahoinnilla voitiin löytää näitä ylempi taso, pääluokat. (Ks. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 26–30.)

8 TEEMAHAASTATTELUN TULOKSET

Haastatteluvastauksia saimme yhteensä kuusi. Osaston lääkärin haastattelua ei saatu aikataulullisista syistä suoritettua, joten kaikki haastateltavat ovat osastolla työskenteleviä sairaanhoitajia. Aineistoon on otettu mukaan myös esitestaus, sillä esitestauksen jälkeen emme nähneet tarpeelliseksi tehdä muutoksia teemahaastattelurunkoon.

8.1 Saattohoidon toteutus osastolla

Haastattelun vastausten perusteella osastolla toteutetaan saattohoitoa usein. Saattohoidettavia potilaita osastolla on noin 1–2 potilasta kuukaudessa. Ajoittain saattohoitovaiheessa olevia potilaita saattaa olla myös yhtä aikaa, ja toisinaan osastolla ei ole hoidossa yhtään saattohoidettavaa potilasta. Saattohoito-osaamista tai saattohoitovalmiutta tarvitaan kuitenkin aina, sillä osastolle voi tulla saattohoitopotilaita yliopistollisesta sairaalasta tai kotihoidosta kaikkina vuorokauden aikoina.

– saattaa tulla jatkohoitopaikasta potilas joka on saattohoitovaiheessa niin sillohan pitää osata sitte toimia.

Jokkaisen kohalle sattuu joskus potilas, jonka kohalla pitää saattohoitoa toteuttaa.

Osastolla saattohoidettavalle ja hänen omaisilleen pyritään poikkeuksetta järjestämään yhden hengen huone, jossa omaiset voivat tarvittaessa yöpyä. Saattohoidossa otetaan aina potilaan ja omaisten toiveet huomioon. Potilaalle tehtävät hoitotoimenpiteet suoritetaan rauhallisesti ja kiireettömästi, potilaan vointia kuunnellen. Saattohoitoon kuuluu olennaisesti potilaan ja hänen läheistensä henkinen tukeminen.

Kliininen hoito toteutetaan osastolla lääkärin määräysten mukaan. Haastateltavien mukaan saattohoidossa korostuvat hyvä perushoito, riittävä kivunlievitys sekä hengityksen tukeminen. Hoidolla pyritään takaamaan potilaalle mahdollisimman hyvä olo.

– pyritään antamaan aikaa niille potilaille, pyritään ottamaan omaiset siihen huomioon sillä tavalla, että hyö pystyy olemaan läsnä niin paljon kun on tarvista ja samaten tähän kivunhoitoon –

Saattohoitoa toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä. Hoitoon osallistuvat sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat, kuntohoitaja sekä osaston lääkäri. Saattohoidossa hyödynnetään tarvittaessa myös sairaalapapin, fysioterapeutin ja sosiaalityöntekijän

osaamista. Vastausten perusteella näistä useimmin käytetään sairaalapapin palveluita.

– – siinä on kuitenkin potilas, siinä on läheiset ja – – hoitohenkilökunta kauttaaltaan – – se on iso asia mutta kyllä se lääkäri on sitten se loppukädessä tekee sen päätöksen – –

– – melkein kaikki ammattiryhmät kuntahoitajia myöten on siinä saattohoiossa mukana

8.2 Saattohoitopäätöksen tekeminen

Vastaukset eivät olleet aivan yhteneväiset, kun kysyttiin tehdäänkö osastolla saattohoitopäätöksiä. Osa vastaajista oli sitä mieltä, että päätöksiä tehdään, mutta yksi vastaaja kertoi, ettei hänen tietääkseen osastolla ole tehty saattohoitopäätöksiä. Vastauksista ilmeni, että osalle osastolla saattohoidossa olevista potilaista on saattohoitopäätös tehty erikoissairaanhoidossa, ja he tulevat jatkohoitoon osastolle. Potilaita tulee myös kotihoidosta tukihoitoon.

Kyllä minun mielestä tehään joo.

No joskus tehdään.

– – ei oo minusta meillä tehty.

Kun osastolla saattohoitopäätös tehdään, aloitteen tekee usein osaston lääkäri. Myös sairaanhoitaja voi ehdottaa saattohoitoon siirtymistä. Haastateltavat korostivat, että lääkärin päätöstä ohjaavat ennen kaikkea lääketieteelliset perusteet. Haastateltavat kokivat, että lääkäri kuuntelee ja arvostaa heidän näkemystään potilaan voinnista, ja tekee päätöksensä sen, ja potilaan ja omaisten mielipiteiden ohjaamana. Osa haastatelluista toi ilmi, että sairaanhoitajan mahdollisuudet vaikuttaa riippuvat pitkälti lääkärin yhteistyöhalukkuudesta.

– – lääkäri on kuitenkin se asiantuntija joka tekkee sen ja hoitajat hänelle viestittävät tämän ihmisen tilanteesta – –

– – et vaikka se hoitaja kuinka tietäs saattohoidosta, lääkityksestä, muusta, lääkäri on kuitenkin se joka tekee sen lopullisen päätöksen.

Haastatteluvastausten perusteella sairaanhoitajan roolin mielletään viestinviejäksi lääkärin ja potilaan sekä omaisten välillä. Lääkärikin keskustelee tarvittaessa heidän kanssaan, mutta vastausten perusteella sairaanhoitaja on usein se, jolla on aikaa keskustella, selittää ja selventää asioita omaisille. Sairaanhoitaja miellettiin myös

hoitotyön asiantuntijaksi, jolla pitää olla kykyä arvioida potilaan kokonaisvaltaista vointia. Sairaanhoidajan tehtäviin katsottiin kuuluvan myös lääkärin tukeminen päätöksen tekemisessä.

– – *hoitaja viepi viestiä potilaan ja omaisten puolesta myöskii.*

– – *tuetaan myös lääkäriä siinä että ratkasu on oikee...*

Potilaan ja omaisten roolia sanottiin ”vastaanottavaksi.” Samalla korostettiin kuitenkin, että potilaan omaa mielipidettä pyritään noudattamaan. Hoitotahto ja hoitotestamentti mainittiin esimerkkeinä potilaan tahdonilmauksista. Myös omaisia kuunnellaan saattohoitopäätöksen teossa. Ongelmallisiksi koettiin tilanteet, joissa potilaan hoitotahto ja omaisten toiveet olivat ristiriidassa keskenään.

8.3 Sairaanhoidajan valmiudet ja osaaminen

Ammatillisen koulutuksen merkitys saattohoito-osaamisessa koettiin vähäiseksi. Sen sijaan täydennyskoulutuksen ja työn kautta oppimisen koettiin lisäävän saattohoito-osaamista. Täydennyskoulutusta pidettiin tärkeänä saattohoito-osaamisen kannalta. Vastaajat kertoivat, että saattohoitokoulutusta on riittävästi tarjolla, mutta mahdollisuudet osallistua niihin saattavat olla rajalliset. Vastauksista ilmeni, että eniten saattohoitovalmiuksia sairaanhoidajat saavat työn ja elämäkokemuksen kautta.

– – *en muista opiskeluaikaan koulusta, että ois käsitelty hirveesti kuolemista ja saattohoitoa – –*

– – *kyllähän se on tullu täältä kantapään kautta opetellen – –*

Koska ei se ihan niin kun helppoa ole se vaihe olla siinä rinnalla – –

Empatia, tunneherkkyys, läsnäolo ja vuorovaikutustaidot ovat yksilöllisiä ominaisuuksia, joiden haastatellut kokivat edistävän sairaanhoidajan saattohoitovalmiuksia. Kliinistä taidoista korostuivat lääkehoito-osaaminen, kivunhoito, potilaan voinnin tarkkailu sekä kokonaisuuden hahmottaminen. Sairaanhoidaja on vastausten perusteella avainasemassa tukemassa lääkäriä sekä omaisia saattohoitopäätöksen tekemisessä.

– – *tietoa taitoa empatiaa sympatiaa – –*

Tämmöistä tuntoherkkyyttä, ehkä.

– – *erityisesti niin kun lääkinnälliset valmiudet sull on oltava, sun pittää niin kun nää akuuttivaiheet – – hengityksen vaikeus kaikki tämmöset – –*

Et kyllähä siinä hoitaja – – tukena siinä lääkärin rinnalla – –

8.4 Kehitysehdotukset saattohoitopäätöksentekoprosessiin

Kehitysehdotuksina haastatellut toivoivat ammatilliseen koulutukseen lisää saattohoitoon ja kuolevan potilaan hoitoon liittyvää opetusta. Samoin täydennyskoulutusta toivottiin lisää. Samalla vastauksissa todettiin, että potilaan ja omaisten kohtaamistaitoja ei kovin hyvin ammatillisessa koulutuksessa voikaan opettaa, vaan sellaisten vuorovaikutustaitojen hallinta on jokaisen omaehtoisen oppimisen varassa.

– – tietenki ite ottaa asioista selvää eikä pelkästää koulutukset – –

– – hyviä koulutuksia on, mutta – – sinne ei välttämättä ihan kaikki halukkaat sitten pääse.

Kaiken kaikkiaan haasteltavat kokivat, että saattohoito, ja siihen liittyvä yhteistyö osaston lääkärin kanssa sujuvat osastolla ongelmitta. Varsinaisia kehitysideoita tuli ilmi niukasti. Hoitajat toivoivat avointa keskustelua sekä yhteisiä koulutustilaisuuksia lääkäreiden kanssa. Näiden koulutuksien tarkoituksena olisi lisätä yhteistä näkemystä saattohoitoon liittyvistä asioista.

– – meillä sujuu meiän lääkärin kanssa kyllä yhteistyö tosi hyvin – –

Avointa keskustelua, koulutusta, kehityspäiviä, jotakin semmosia. Niin. Ehkä – – olis samanlainen näkemys niistä asioista et ne ei ainakaan riitelis sitten toistensa kanssa, näkemykset.

9 POHDINTA

Saattohoito on merkittävä osa sairaanhoitajan työtä. Kaikkia sairauksia ei voida parantaa eikä eliniän lisääminenkään ole aina mielekästä. Haastattelun sairaanhoitajan sanoin ”kaikki mikä syntyy, myös kuolee joskus”. Kuolema on läsnä siellä missä on elämää, joten sairaanhoitaja tarvitsee saattohoito-osaamista työpaikasta riippumatta. Vaikka kuoleman kohtaaminen on aina ollut osa hoitotyötä, on saattohoito suhteellisen nuori hoitotyön osa-alue. Tästä syystä saattohoidon tutkiminen on mielenkiintoista ja tarpeellista.

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla sen uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Tutkimus on uskottava, kun sen tulokset ovat yhteneväiset haastateltavien käsityksen tutkimuskohteesta kanssa. Tutkimuksen uskottavuutta parantaa tutkijan eri lähteistä itselleen ennen tutkimuksen tekemistä keräämä teoriatieto. Vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että toinen tutkija on kykenevä tekemään saman tutkimuksen tutkimusraportista saatavien tietojen perusteella. Tästä syystä tutkimusprosessi on kuvattava riittävän yksityiskohtaisesti raportissa. Refleksiivisyys edellyttää tutkijan tietoisuutta siitä, millainen on tutkijan vaikutus aineistoon ja tutkimusprosessiin. Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että vastavissa olosuhteissa tehdyn samanlaisen tutkimuksen tulokset ovat samankaltaiset. (Eskola & Suoranta 2008, 211–212; Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Tutkija vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Tutkijan omat elämäkokemukset muokkaavat hänen toimintaansa sekä haastattelutilanteissa että aineistoa analysoidessa. Tämä vaikuttaa sekä aineiston että sisällönanalyysin luotettavuuteen. (Eskola & Suoranta 2008, 210–211.) Tutkimuksen tuloksien luotettavuutta lisää riittävän suuri otanta, jotta haastatteluilla saavutetaan saturaatio eli kylläntymispiste. Saturaatiolla tarkoitetaan sitä, ettei useammilla haastatteluilla saada tutkimusongelman kannalta merkitsevää uutta tietoa. Ongelmana on, että tutkijan on itse määriteltävä, mikä tieto on merkittävää ja mikä ei. (Vilkka 2005, 127–128.) Luotettavuuden kannalta tarkasteltuna tutkimusaineistomme on verrattain pieni, haastatteluihimme osallistui 6 sairaanhoitajaa. Osastolla työskentelee 11 sairaanhoitajaa, joten kyseisen osaston sairaanhoitajista otanta oli 54,5 %. Lisäksi saturaatio saavutettiin kuudella haastattelulla, sillä viimeisissä haastatteluissa ei tullut lisää tutkimukselle merkittävää uutta tietoa. Haastatellut

olivat kaikki sairaanhoitajia, joten lääkärin näkemys jäi puuttumaan tutkimustuloksista.

Hanna Vilkan (2005, 159–160) mukaan laadullisissa tutkimuksissa tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, koska haastattelutilanteita ei voida toistaa täysin samanlaisina. Tästä syystä tutkimuksen tekijän täytyy arvioida tutkimuksen luotettavuutta ja valitsemiensa tutkimusmenetelmien soveltuvuutta tutkimuksen tekemiseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta varmistamiseksi on tutkimusraportissa kuvattava, miten tutkimus on tehty ja miten tuloksiin on päästy. Tällöin tutkimuksen luotettavuus on todettavissa, mikäli toinen tutkija kykenee löytämään alkuperäisen tutkimuksen tulkinnan tulokset analysoidessaan samaa aineistoa samoilla kriteereillä.

Haastatteluun osallistuvan vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden suojaaminen sekä luotettavuus ovat tutkimuksen eettisiä periaatteita. Haastateltavien tulee siis olla tietoisia, mihin tarkoitukseen haastatteluita käytetään. Haastatteluja ei saa esimerkiksi nauhoittaa haastateltavan tietämättä ja heidän tulee osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tutkimukseen osallistuvilla tulee olla mahdollisuus pysyä anonyyminä eikä tutkijan toiminta saa sitä vaarantaa. (Eskola & Suoranta 2008, 53–57, Janhonen & Nikkonen, 2001, 39; Kylmä & Juvakka, 2007, 149–150.)

Kun opinnäytetyön suunnitelma oli hyväksytty, haettiin tutkimuslupaa (liite 3) haastattelujen tekemiseksi. Opinnäytetyön haastattelukysymysten luotettavuutta lisäsi ennen varsinaisia haastatteluja tehty esitestaus. Haastattelukysymykset esitettiin sairaanhoitajalla, jolla on kokemusta saattohoidon toteuttamisesta työssään. Esitestauksen jälkeen haastattelurunkoa ei muutettu, joten esitestausvastaus otettiin mukaan haastatteluaineistoon. Esitestaukseen vastannut sairaanhoitaja työskentelee myös lisälmen terveystieteiden vuodeosastolla 3, joten vastauksen liittäminen tutkimusaineistoon ei aiheuttanut ristiriitaa muihin vastauksiin nähden. Loput haastattelut toteutettiin esitestauksen jälkeen. Koska haastattelut esitestaus mukaan lukien toteutettiin melko nopealla aikataululla, haastattelujen litterointivaiheessa havaittiin, etteivät haastattelujen vastaukset ja asettamamme tutkimustehtävät täysin kohdanneet. Tästä syystä tutkimustehtäviä jouduttiin tarkentamaan tuloksia vastaaviksi.

Haastatellut olivat vapaaehtoisia, ja haastateltavien anonymiteetti säilyi tutkimusprosessin aikana. Nimiä käsiteltiin vain haastatteluja sopiessa, ja vain toisen opinnäytetyön tekijän teki haastattelut. Haastateltaville kerrottiin haastattelun alussa mihin tarkoitukseen haastatteluita käytetään sekä niiden nauhoittamisesta.

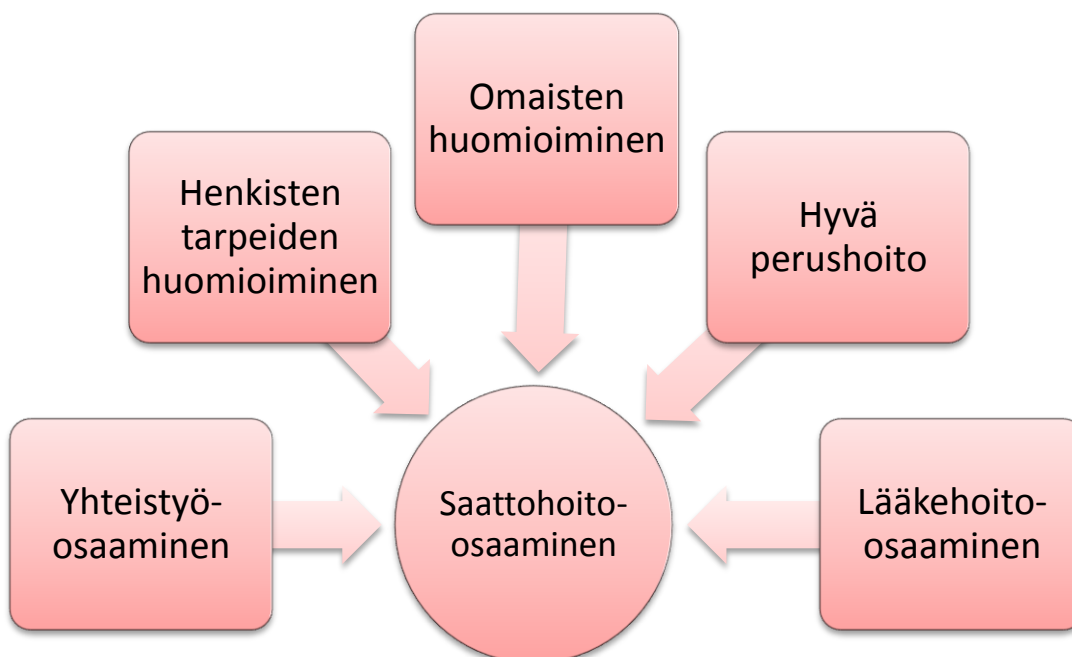
Vain toinen opinnäytetyöntekijä osallistui haastattelujen tekemiseen, sillä saattohoito ja kuolevan potilaan hoito ovat ajankohtaisia toisen opinnäytetyön tekijän henkilökoh-
taisessa elämässä. Tällä menettelyllä varmistettiin haastattelutilanteiden sujuvuus ja
objektiivisuus. Samalla haastattelutilanteista eliminoitiin haastattelijan vaihtumisen
aiheuttamat muuttujat.

Haastatteluiden äänitteet ja litteroinnit käsiteltiin luottamuksellisesti. Haastateltavien
anonymiteetin säilymisestä huolehdittiin kaikissa opinnäyteprosessin vaiheissa. Sekä
äänitteet että litteroinnit hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua.

9.2 Tulosten pohdinta

Tulosten perusteella lisälmen terveyskeskuksen vuodeosastolla 3 saattohoitoa toteu-
tetaan usein ja hoito on valtakunnallisten (STM 2010) saattohoito-ohjeiden ja -
suositusten mukaista. Haastateltavat mielsivät saattohoidon luonnolliseksi osaksi
sairaanhoitajan työnkuvaa. Vastausten perusteella sairaanhoitajilla on merkittävä ja
vastuullinen rooli saattohoitotyössä. Varsinaista osuutta saattohoitopäätöksen teossa
ei mielletty olevan, mutta haastatellut löysivät itseltään ominaisuuksia ja osaamista,
jotka ovat tarpeellisia sairaanhoitajalle saattohoitoprosessin aikana ja saattohoitopää-
töksen yhteydessä.

Sairaanhoitajan paikan koettiin olevan kaiken keskiössä potilaan, omaisten ja lääkä-
rin välissä, yhden haastateltavan sanoin ”välikätenä.” Yhteistyöosaaminen, kuten
tiedon välittäminen ja inhimillisiin tarpeisiin vastaaminen ovat jopa tärkeämpiä työteh-
täviä kuin varsinaiset hoitotoimenpiteet. Vastausten perusteella osoitus sairaanhoita-
jan kliinisestä osaamisesta on, että sairaanhoitajat ovat hoitotyön asiantuntijoita, ja
heillä on kykyä arvioida potilaan vointia. Vastaukset ovat linjassa Liimataisen (2009)
ja Meretojan (2003) tutkimusten sekä Opetusministeriön (2006) selvityksen kanssa.
Kuviossa 5 on esitetty miten sairaanhoitajan saattohoito-osaaminen muodostuu li-
salmen terveyskeskuksen vuodeosastolla 3.



KUVIO 5. Sairaanhoidajan saattohoito-osaaminen osastolla

Saattohoitotyö vaatii tulosten perusteella sairaanhoitajalta tiettyjä persoonallisia ominaisuuksia. Empatia, kuuntelutaito ja aito läsnäolo ovat ominaisuuksia, joita ei koulussa voi opettaa. Ne ovat joko sisäsyntyisiä luonteenpiirteitä tai kokemuksen kautta hankittavia taitoja. Saastamoinen (2012, 32) on löytänyt samoja piirteitä omassa tutkimuksessaan. Vastausten mukaan omaisten huomioiminen saattohoidossa koettiin jopa potilaan huomiointia tärkeämmäksi. Tämä saattaa johtaa esimerkiksi siihen, ettei potilaan hoitotahtoa aina noudateta. Potilaan asemasta ja oikeuksista määräävän lain (L1992/785) mukaan hoitotahto on terveydenhuollon ammattihenkilöitä sitova. Siten sen noudattamatta jättäminen on rikos, mikäli ei ole perusteltua syytä olettaa, että potilas olisi tahtoaan muuttanut.

Henkisiin tarpeisiin vastaamiseen ei haastattelun tuloksista tullut suoria vastauksia. Sen sijaan haastatellut puhuivat kuuntelemisesta, läsnäolosta ja tunteiden vastaanottamisesta. Sanattoman viestinnän ja tunneherkkyyden merkitystä potilaan ja etenkin omaisten kanssa toimimisessa korostettiin. Vastauksista ei aina ilmennyt tarkoitettiin-ko potilaan vai omaisten henkisiin tarpeisiin vastaamista. Saastamoisen (2012) mukaan sairaanhoitajat kokivat omaisten ja läheisten tukemisen merkittävämmäksi kuin itse potilaan hoitamisen kuolevan ihmisen hoitotyössä. Sama on havaittavissa tämän opinnäytetyön tuloksissa. Haastatellut sairaanhoitajat puhuivat huomattavasti enemmän omaisten henkisestä tukemisesta kuin potilaan tukemisesta. Tähän syynä voi olla, että osastolla saattohoidettavat potilaat ovat usein iäkkäitä ja muistisairaita, joiden kuolema tuntuu luonnolliselta siinä elämänvaiheessa. Heidän omaisensa sitä vastoin ovat vielä hyväkuntoisia ja huoli heidän jaksamisestaan on aitoa ja tarkoituksen mukaista.

Haastatellut eivät maininneet eksistentiaalisia tai hengellisiä kysymyksiä muutoin kuin moniammatillisesta yhteistyöstä kysyttäessä. Hengellisiin kysymyksiin ja tarpeisiin vastaaminen kuului vastausten perusteella sairaalapapin tai teologin vastuualueeseen. Toisaalta henkisen kärsimyksen huomioiminen saatetaan ajatella niin oleelliseksi ja jopa arkipäiväiseksi osaksi saattohoitotyötä, että vastaajat eivät tulleet sitä suorasanaisesti maininneeksi. Hengellisiin tarpeisiin vastataan empaattisuudella ja tunneherkkyydellä, jotka haastatteluissa nousivat selkeästi esiin.

Sandin (2003) mukaan kuolevan potilaan hoidosta on käytetty 1980–1990-luvuilla Suomessa monia erilaisia termejä kuten saattohoito, terminaalihoito, kuolemaan hoitaminen, kuolettaminen, hospice-hoito, palliatiivinen hoito ja viime vaiheen hoito. Tämä näkyi myös tämän opinnäytetyön tuloksissa siinä, että samaan kysymykseen vastattaessa samoilla termeillä tarkoitettiin eri asioita. Toisinaan vastaajat eivät vastanneet siihen mitä kysymyksellä haettiin, koska termit merkitsivät heille eri asiaa kuin opinnäytetyön tekijöille. Esimerkiksi osalle vastaajista saattohoitopäätöksen ja DNR -päätöksen välinen ero vaikutti olevan epäselvä. Vastauksista ilmeni sekä sairaanhoitajien osaaminen saattohoidon toteuttamisessa että halu hoitaa saattohoidettavia potilaita ja heidän omaisiaan hyvin ja kokonaisvaltaisesti. Terminologian vaihtelevuus vaikeuttaa kuitenkin merkittävästi teorian ja tutkimustiedon siirtymistä käytännön hoitotyöhön.

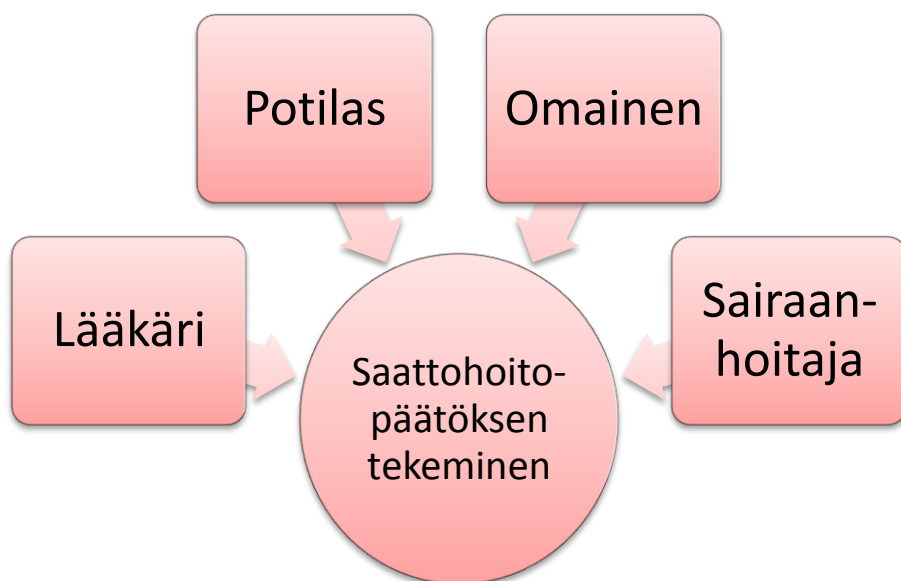
Tutkimustulokset eivät antaneet suoraan vastausta tutkimuskysymykseen, millaisia valmiuksia sairaanhoitajilla on tukea lääkäriä. Tulosten perusteella sairaanhoitajat ovat varsin tyytyväisiä lääkärin ja hoitajien väliseen yhteistyöhön saattohoidossa ja päivittäisessä hoitotyössä. Haastatteluvastausten perusteella haastatellut sairaanhoitajat näkevät saattohoitopäätösprosessin hyvin lääkärikeskeisenä. Saattohoitopäätöstä tehtäessä lääkärin tehtäviin tulosten perusteella kuuluu itse saattohoitopäätöksen tekemisen lisäksi saattohoidon esittäminen potilaalle ja omaisille. Lääkäri kerää päätöksen tekemiseen tarvitsemansa tiedon potilaalta, omaisilta ja etenkin hoitohenkilökunnalta. Potilaan ja omaisten informoiminen on haastattelujen perusteella sekä lääkärin että sairaanhoitajan tehtävä, jota käytännössä toteuttaa enemmän sairaanhoitajat kuin lääkärit.

Sairanhoitajilla on päätöksen teossa merkittävä rooli tarpeellisen ja riittävän tiedon välittämisessä lääkärille, mutta sairaanhoitajat eivät itse rooliaan tunnista. Haastatteluissa ilmenneitä sairaanhoitajan tehtäviä saattohoitopäätöstä tehtäessä on potilaan voinnin ja tilanteen arviointi ja kirjaaminen. Arvioinnin perusteella sairaanhoitaja voi

keskustella ja ehdottaa saattohoitopäätöksen tekemistä niin potilaalle, omaisille kuin lääkärillekin. Potilaan tilanteen arviointia ja kirjaamista jatketaan koko saattohoitoprosessin ajan. Tarvittaessa sairaanhoitaja tukee lääkäriä saattohoitopäätöksen tekemisessä. Potilas ja omaiset tarvitsevat tukea ja ohjausta jo ennen päätöksen tekemistä, mutta myös saattohoitoprosessin edetessä. Sairaanhoitajan tuentarvetta saattohoitoprosessin aikana tai päätöksenteossa haastatteluissa sivuttiin, mutta haastatteluissa ei tullut ilmi, mistä sairaanhoitaja tarvitsemansa tuen saa.

Potilaan ja omaisen rooli saattohoitopäätöstä tehtäessä on haastatteluiden perusteella pieni ja passiivinen. Potilaan vaikutusmahdollisuutena mainittiin hoitotahto tai testamentti, mikäli potilas ei enää kykene toiveitaan esittämään. Omaisilla on mahdollisuus tuoda esiin omat mielipiteensä potilaan hoidosta. Mahdollisuuksien mukaan näitä mielipiteitä huomioidaan sekä lääkärin että hoitohenkilökunnan osalta. Omien toiveiden ja mielipiteiden ilmaisemisen lisäksi potilaan ja omaisten tehtävänä on tulevan kuoleman ja saattohoitoon siirtymisen hyväksyminen.

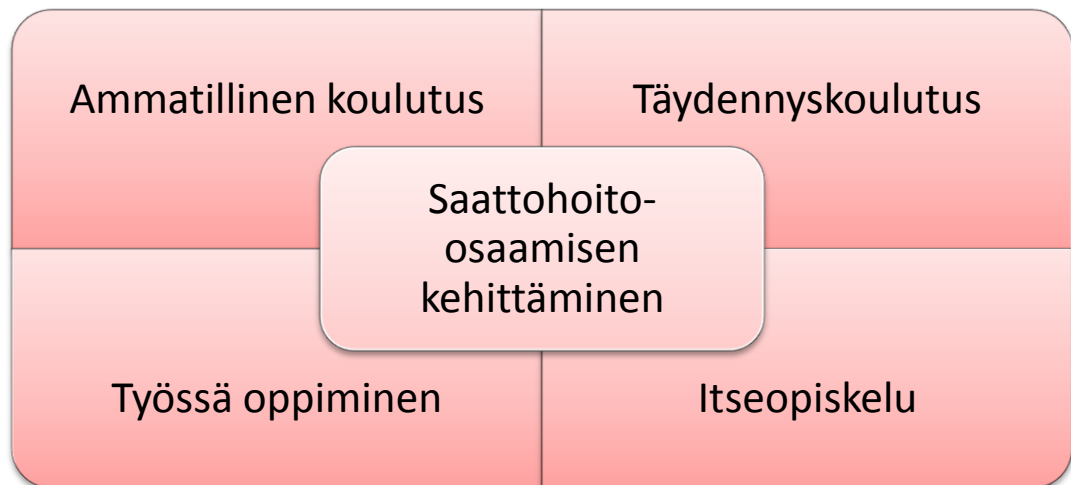
Saattohoitopäätöksen tekeminen vaatii moniammatillista yhteistyötä, johon osallistuu terveydenhuollon ammattihenkilöiden lisäksi potilas ja omaiset mahdollisuuksiensa rajoissa. Tulosten perusteella moniammatillisen yhteistyön edellytyksinä on osallistujien yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot sekä lääkärin ja sairaanhoitajan vahva ammatillinen osaaminen. Tämän tutkimuksen tulokset ovat siis yhtenevät aikaisemman esitetyn tiedon kanssa (Huhtinen 2011, 78–79). Saattohoitopäätöksen tekemiseen osallistuvat henkilöt tämän tutkimuksen tulosten mukaisesti on esitetty kuviossa 6.



KUVIO 6. Saattohoitopäätöksen tekemiseen osallistuvat henkilöt

Vastausten perusteella saattohoito-osaaminen on hankittu pääasiassa kokemuksen kautta. Etenkin vanhempien hoitajien mielestä heidän ammatillisessa koulutuksessaan ei saattohoitoa ole juuri käsitelty. Saattohoito on verrattain uusi asia hoitotyössä, ensimmäiset lääkintöhallituksen terminaalihoito-ohjeet on annettu 1982 ja kuolevan potilaan hoitoa koskeva Käypä hoito -suositus on valmistunut 2012 (Vainio, Leino & Eckerdal 2004, 45). Tämän huomioiden on ymmärrettävää, ettei saattohoito ole ollut kauan mukana hoitotyön opetussuunnitelmissa. Ammatillisen koulutuksen ajateltiin antavan vähäisesti tai ei lainkaan valmiuksia saattohoitotyön tai saattohoitopäätöksen tekemiseen. Silti hyvät valmiudet esimerkiksi lääkehoidon toteuttamiseen, moniammatilliseen yhteistyöhön tai ohjausosaamiseen koettiin tärkeiksi osiksi sairaanhoitajan saattohoito-osaamista. Nämä kaikki sisältyvät sairaanhoitajan tämän hetkiseen ammatilliseen koulutukseen (Opetusministeriö 2006).

Ammatillisen koulutuksen lisäksi sairaanhoitajan saattohoito-osaamista voidaan kehittää täydennyskoulutuksella. Jatkossa vastaajat toivoivat yhteisiä koulutuksia ja keskustelutilaisuuksia lääkäreiden kanssa, jotta kummankin ammattiryhmän näkemykset saattohoidosta lähentyisivät, ja yhteistyö kehittyisi edelleen. Saattohoito-osaamista voi haastateltujen mukaan kehittää myös työssä oppimalla sekä itsenäisellä opiskelulla ja aiheeseen perehtymisellä. Kuviossa 7 on esitetty sairaanhoitajan saattohoito-osaamisen kehittämiskeinot.



KUVIO 7. Sairaanhoitajan saattohoito-osaamisen kehittäminen

9.3 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Ensimmäinen ajatus opinnäytetyön aiheesta on esitetty tekijöiden kesken syksyllä 2011. Toimeksiantajaa tavattiin ensimmäisen kerran toukokuussa 2012, jolloin saattohoitoa käsittelevän opinnäytetyön aiheeksi tarkentui saattohoitopäätöksen tekemi-

nen. Koska saattohoitopäätöksen tekeminen on lääkärin tehtävä, jouduimme perustelemaan ja odottamaan oppilaitoksen hyväksyntää opinnäytetyölle. Opinnäytetyön aihekuvaus esitettiin tammikuussa 2013. Opinnäytetyön teoriaosio koottiin ja työstettiin kevään, kesän ja syksyn aikana. Tämä oli haastavaa, mutta hyvän teoriaosion pohjalta teemahaastattelurungon kokoaminen oli helppoa.

Suunnitelmaseminaarin pidettiin lokakuussa 2013. Kun suunnitelma oli hyväksytty haettiin tutkimuslupaa, jonka hyväksymisen jälkeen teemahaastattelurunko esitettiin haastatteleamalla yhtä osaston sairaanhoitajista. Koska sekä haastateltava että opinnäytetyöntekijät olivat tyytyväisiä haastattelurunkoon, emme tehneet muutoksia siihen. Haastattelut tehtiin joulukuussa 2013. Aineistonanalyysin tehtiin tammikuussa 2014.

Opinnäytetyön haasteena oli koota tietoa saattohoidosta ja saattohoitopäätöksestä. Saattohoidon osalta termistö on vielä osin vakiintumatonta ja moninaista. Samaa asiaa voidaan ilmaista eri termeillä, toisaalta saman termin sisältö voi vaihdella eri henkilöiden käytössä.

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valikoitui käytettäväksi menetelmäksi varhaisessa vaiheessa opinnäytetyön tekemistä. Kyseiseen tutkimusmenetelmään perehdyimme menetelmää käsittelevällä tutkimusmenetelmien kurssilla opintojemme aikana. Opinnäytetyötä tehdessämme haimme luotettavaa tietoa menetelmään liittyen kirjallisuudesta ja eri tietokannoista. Tutkimuksen tulokset eivät täysin vastanneet suunnitelmavaiheessa asettamiimme tutkimuskysymyksiin, joten jouduimme muokkaamaan tutkimuskysymykset tuloksia vastaaviksi.

Opinnäytetyön tekemisessä yllätti aikatauluttamisen vaikeus. Ennakoinnista huolimatta kummankin tekijän elämään mahtui yllätyksiä, joiden ennakointi oli mahdotonta ja jotka venyttivät opinnäytetyön valmistumista. Opinnäytetyön tekemisessä hyödynsimme lähinnä oppilaitokselta saatavaa ohjausta. Yhteydenpito toimeksiantajaan oli vähäistä ja tapahtui lähinnä sähköpostitse ja puhelimitse. Valmiin opinnäytetyön suunnitelman lähetimme toimeksiantajalle ennen tutkimusvaiheeseen siirtymistä.

Tavoitteenamme oli tehdä helposti luettava ja selkeä opinnäytetyö, jossa ei tingitä tiedon laadusta. Näin tärkeäksi kokemamme aihe ja tutkimustuloksemme olisi muidenkin käytössä helpommin. Mielestämme olemme tässä onnistuneet.

Opinnäytetyön tekeminen on lisännyt merkittävästi tietämystämme saattohoidosta. Opinnäytetyötä tehdessä pohdimme omia asenteitamme kuolemaa kohtaan. Jouduimme käsittelemään aiempia kokemuksiamme ja menetyksiämme, mikä raskautestaan huolimatta oli hyväksi sekä henkilökohtaiselle että ammatilliselle kasvulle. Voidakseen toteuttaa saattohoitoa sairaanhoitajana luontevasti on sairaanhoitajan kyettävä tunnistamaan ja vastaamaan potilaan ja omaisten emotionaalisiin tarpeisiin. Tämä edellyttää, että sairaanhoitaja on pohtinut ja käsitellyt henkilökohtaisesti kuolemaa ja siihen liittyviä kipukohtia myös omassa elämässään.

Opinnäytetyön valmistuessa olemme helpottuneita ja tyytyväisiä. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut paljon ja antanut valmiuksia saattohoitotyön toteuttamiseen käytännössä. Opinnäytetyötä on työstetty lähes kahden vuoden ajan, välillä tiiviimmin ja välillä pitkiäkin taukoja pitäen. Prosessi on ollut opettavainen, mielenkiintoinen ja antoisa.

9.4 Jatkotutkimushaasteet

Työyhteisöissä olisi hyvä keskustella saattohoidon suhteen perustavista kysymyksistä, jotta termit ja niiden merkitykset olisivat yhteneväiset ja kaikkien saattohoitotyöhön osallistuvien tiedossa. Sairaanhoitajilla on tutkimustulostemme perusteella paljon osaamista ja hiljaista tietoa saattohoidon osalta. Tämä osaaminen ei välttämättä tule hyödynnetyksi täysin, koska sairaanhoitajat eivät aina itsekään tunnista osaamistaan. Tunnistamalla ja tuomalla tätä osaamista rohkeammin esille hoitotyön asiantuntijuus olisi helpommin lääkärin hyödynnettävissä.

Jatkotutkimusaiheita tämän opinnäytetyön tuloksista nousi muutamia. Koska tässä opinnäytetyössä haastateltiin vain sairaanhoitajia, olisi jatkossa hyvä selvittää lääkäreiden näkökulmaa saattohoitopäätöksen teossa. Samoin voisi olla mielenkiintoista selvittää, kuinka paljon saattohoitopäätöksiä tehdään esimerkiksi Ylä-Savon SOTE:n koko organisaatiossa, tai jäävätkö potilaat, joille ei saattohoitopäätöstä tehdä, ilman tarvitsemaansa saattohoitoa.

LÄHTEET

Buck, J. 2007. Reweaving a Tapestry of Care: Religion, Nursing, and the Meaning of Hospice, 1945–1978 *Nursing history review* [verkkoartikkeli]. 2007 no 15. 113–145. [viitattu 12.4.2013]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2f2e0854-5e15-4cb3-ae2e-4ca8f271dc78%40sessionmgr104&vid=11&hid=125>

Council of Europe 2003. *Recommendation Rec (2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care* [verkkojulkaisu]. Council of Europe [viitattu 26.8.2013]. Saatavissa: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85719>

Eskola, J. & Suoranta, E. 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 8. painos. Tampere: Vastapaino.

ETENE 2012. *Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012* [verkkojulkaisu]. ETENE- julkaisuja 2012:36. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 23.10.2013]. Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf

Frank, R. K. 2009. Shared decision making and its role in end of life care. *British Journal of Nursing* [verkkoartikkeli]. 2009 no 10. 612–618. [viitattu 25.9.2013]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0b201cf9-2e8f-4ce9-ad99-435a69f70e35%40sessionmgr115&vid=4&hid=124>

Grönlund, A. & Leino, T. 2008. Hoitoneuvottelu – saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M. S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto, 37–48.

Grönlund, E. 2011a. Eettisiä kysymyksiä kuolevan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E. & Huhtinen, A. (toim.). *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita, 14–29.

Grönlund, E. 2011b. Kuoleman läheisyys. Teoksessa Grönlund, E. & Huhtinen, A. (toim.). *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita, 52–74.

Grönlund, E. 2011c. Moniammatillisuus. Teoksessa Grönlund, E. & Huhtinen, A. (toim.). *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita, 112–138.

Hallila, R. & Mustajoki, P. Hoitotahto – käytännön ohjeita. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkoartikkeli]. Kustannus Oy Duodecim [viitattu 13.1.2014]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809

Heikkilä, A., Ahola, N., Kankkunen, N., Meretoja, R. & Suominen, T. 2007. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristöissä. *Hoitotiede* [verkkoartikkeli]. 2007 no 1. 3–11. [viitattu 20.12.2013]. Saatavissa: http://www.uef.fi/documents/12848/976500/hoitotiede_aineisto_2008.pdf/1ebc8aa2-db24-45b0-8979-4692dc5d4aff

Hill, K.K. & Hacker, E.D. 2010. Helping Patients With Cancer Prepare for Hospice *Clinical Journal of Oncology Nursing* [verkkoartikkeli]. 2010 no 2. 180–188 [viitattu 26.9.2013]. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9b8eb112-48d6-4d74-85ad-2d96530ba2af%40sessionmgr114&vid=2&hid=125>

Hinkka, H. 2001. *Decision-Making in End-of-Life Care – Influence of Physician's Training, Experience and Personal Characteristics*. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001 *Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hoito. Teoksessa Grönlund, E. & Huhtinen, A. (toim.). *Kuolevan hyvä hoito*. Helsinki: Edita, 75–111.

Hänninen, J. 2003. *Saattohoitopotilaan oireiden hoito*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Hänninen, J. 2012. *Saattohoito-opas – potilaan ja omaisen opas*. Etelä-Suomen syöpäyhdistys ja Terhokotisäätiö. Sahalan kirjapaino Oy

Hänninen, J. & Anttonen, M.S. 2008. Saattohoitopäätös ja hoitolinjauksen merkitys potilaan hoidossa. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M. S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 23–36.

Hänninen, P. 2008. Kuolevan hoito kotona. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M. S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 133–145.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WS Bookwell Oy.

Kuolevan potilaan hoito (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysioteriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2012 [viitattu 15.1.2013]. Saatavissa: www.kaypahoito.fi

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 26.6.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY, 21–43.

Liimatainen, A. 2009. *Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa*. Kuopion yliopisto, hoitotyön laitos. Lisensiaatintutkielma.

Mattila, K. 2006. Kuolemaan liittyvä eksistentiaalinen ahdistus ja toivo. Teoksessa Hänninen, J. (toim.). *Elämän loppu vai kuoleman alku – hoitopäätökset kuoleman lähestyessä*. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 38–47.

Meretoja, R. 2003. *Nurse competence scale*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Meretoja, R., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. 2004. Nursing Competence Scale: development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing* [verkoartikke-

li]. 2004 nr 47. 124-133 [viitattu 19.12.2013]. Saatavissa:

<http://web.ebscohost.com.ezproxy.savonia-amk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5e576ac9-3bf8-4338-aeb1-58a1412d3989%40sessionmgr115&vid=6&hid=119>

Neutens, J. & Robinson, L. 2001 *Research Techniques for the Health Sciences* 3. painos. San Francisco: Benjamin Cummings.

Opetusministeriö 2006. *Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet* [verkkojulkaisu]. Opetusministeriön työmuistioita ja selvityksiä 2006; 24. 63–71 [viitattu 6.9.2013]. Saatavissa:

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Pihlainen, A. 2010. *Hyvä saattohoito Suomessa* Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksot Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6

Saastamoinen, T. 2012. *Sairaanhoitajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta teho- hoitotyössä*. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Salonen, Miia 2012. *Sairaanhoitaja. Kuolevan potilaan hoitaminen*. Savonia ammatti- korkeakoulu, Iisalmen yksikkö. Iisalmi 2.10.2012. Luento.

Sand, H. 2003. *Sateenkaaren päästä löytyy kultaa – tutkimus suomalaisesta saatto- hoidosta*. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Schmitt, F. 2008. Kuoleva potilas ja perhe. Teoksessa Grönlund, E, Anttonen, M., S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.). *Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry., 59–69.

”Silta toiselle rannalle” – saattohoidon asiantuntijaverkosto 2011–2012, 2012. Tukiai- neisto saattohoitotyötä tekeville henkilökunnalle. Saattohoito-opas [verkkotiedosto]. Saattohoidon asiantuntijaverkosto Päijät-Hämeessä [viitattu 23.10.2013]. Saatavissa: www.saattohoito.info

STM 2010. *Hyvä saattohoito Suomessa – asiantuntijakuulemiseen perustuvat saat- tohoitosuosituksot* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6 [viitattu 27.1.2013]. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12411.pdf

Suomen muistiasiantuntijat ry 2011. Dokumenttipankki [verkkosivu]. Suomen muisti- asiantuntijat [viitattu 23.10.2013]. Saatavissa:

http://www.muistiasiantuntijat.fi/page.php?page_id=34&submit=browseFile&id=4&doc_id=3

Syöpäjärjestöt 2013. Saattohoitokodit [verkkosivu]. Syöpäjärjestöt [viitattu 12.4.2013]. Saatavissa: <http://www.cancer.fi/syopajarjestot/toiminta/saattohoitokodit/>

Tanskanen, J. 2004. Saattohoitopäätöksen tekeminen. Teoksessa Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. (toim.). *Saattohoito - Haaste moniammatilliselle yhteistyölle*. Porvoo: WSOy, 23–28

Vainio, A., Leino, T. & Eckerdal, G. 2004. Palliatiivisen hoidon taustaa ja kehityslinjo- ja. Teoksessa Vainio, A. & Hietanen, P. (toim.). *Palliatiivinen hoito*. 2. uudistettu pai- nos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 33–52.

Vilkka, H. 2005. *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä s.a. Terveystenhoito. Vuodeosastot. Terveysteskuuk-
sen vuodeosasto. Iisalmen vuodeosasto 3. [verkkosivu]. Ylä-Savon SOTE kuntayh-
tymä [viitattu 13.10.2013]. Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/index.asp>

WHO 2007. *Cancer Control – Knowledge into Action – WHO Guide for Effective Pro-
grammes – Palliative care* [verkkajulkaisu]. Geneve: World Health Organization
[viitattu 27.1.2013]. Saatavissa:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241547345_eng.pdf

Liite 1
Teemahaastattelurunko

Saattohoidon toteutus osastolla

Miten usein saattohoidettavia potilaita osastolla on?

Miten usein saattohoito-osaamista tarvitaan?

Miten osastolla saattohoitoa toteutetaan?

Huomioidaanko omaisia?

Käytetäänkö muiden ammattilaisten osaamista? (Teologi, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti jne.)

Saattohoitopäätöksen tekeminen

Miten saattohoitopäätösprosessi etenee tällä osastolla?

Tehdäänkö saattohoitopäätöksiä tällä osastolla?

Minkälaista lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyö on saattohoitopäätöksen tekemisessä?

Mikä on sairaanhoitajan rooli saattohoitopäätöksen teossa?

Mikä on osaston lääkärin rooli saattohoitopäätöksen teossa?

Mikä on potilaan ja omaisten rooli saattohoitopäätöksen teossa?

Sairaanhoitajan valmiudet ja osaaminen

Miten sairaanhoitajan ammattikoulutus antaa valmiuksia saattohoitotyöhön?

Onko täydennyskoulutusta tarpeeksi?

Millaista kokemusta hoitajilla on saattohoitotyöstä?

Mitä muita ominaisuuksia ja/tai taitoja sairaanhoitaja tarvitsee saattohoitotyössä tai saattohoitopäätöksentekoprosessissa?

Millaista osaamista sairaanhoitajalla on oltava saattohoidosta lääkärin kannalta?

Kehitysehdotukset saattohoitopäätöksentekoprosessiin

Kuinka lääkärin valmiuksia saattohoitopäätöksen tekemiseen voidaan parantaa?

Kuinka sairaanhoitajan valmiuksia saattohoitopäätöksen tekemiseen voidaan parantaa?

Miten lääkärin ja sairaanhoitajan välistä yhteistyötä voidaan parantaa?

Liite 2
Aineiston analysointi

Hoitajien kuunteleminen Omaisten kuunteleminen Näkemyksen vastaanottaminen	Tiedon vastaanottaminen	Lääkärin tehtävät	Saattohoitopäätöksen tekeminen
Vaihtoehtojen esittäminen Kokonaiskuvan muodostaminen Hoitolinjauksen esittäminen	Asian esille ottaminen		
Sairaanhoitajien tiedottaminen Omaisten tiedottaminen	Informointi		
Päätöksen tekeminen Velvollisuus Oikeus Vastuun kantaminen	Päätöksen tekeminen		
Omaisten kanssa keskusteleminen Potilaan kanssa keskusteleminen Lääkärin kanssa keskusteleminen Non-verbaalinen viestintä	Keskustelu	Sairaanhoitajan tehtävät	
Potilaan tilanteen arviointi	Arviointi		
Asian esille ottaminen Saattohoidon ehdottaminen	Ehdottaminen		
Potilasasiakirjoihin merkitseminen	Kirjaaminen		
Lääkärin tiedottaminen Potilaan tiedottaminen Omaisten tiedottaminen	Informointi		
Lääkärin tukeminen Omaisten tukeminen Potilaan tukeminen	Tukeminen		
Potilaan ohjaaminen Omaisten ohjaaminen	Ohjaaminen		
Hoitotestamentti Hoitotahto Oman tahdon ilmaiseminen	Oman tahdon ilmaiseminen	Potilaan omaisen tehtävät ja	
Mielipiteiden esittäminen Toiveiden esittäminen Tunteiden ilmaisu Päätöksentekoon osallistuminen	Mielipiteiden esittäminen		
Tiedon vastaanottaminen Kuunteleminen Ymmärtäminen Luopuminen	Hyväksyminen		
Moniammatillisuus Yhteistyö Arvostus	Yhteistyö	Moniammatillinen yhteistyö	
Kuunteleminen Vuorovaikutus Keskusteluyhteys	Vuorovaikutus		

Lääkinnälliset valmiudet Lääkehoidon osaaminen Potilaan lääkityksen tietäminen	Lääkehoito-osaaminen	Ammatilliset valmiudet	Sairaanhoitajan valmiudet
Kivun hoito Kipupumpun käyttö	Kivun hoito		
Tilanteen arviointi Voinnin arviointi	Tarkkaileminen		
Saattohoito osa hoitotyötä Kokonaisuuden hahmottaminen Uskallus tuoda tietoa	Kokonaisuuden hallinta		
Kiireettömyys Läsnäolo Kuuntelu	Läsnäolo	Henkilökohtaiset ominaisuudet	
Myötäeläminen Empaattisuus Osanotto Rauhallisuus	Empaattisuus		
Tunteiden vastaanottaminen Keskustelutaito Kuuntelutaito Laulutaito	Vuorovaikutustaidot		
Sanaton viestintä Tunneherkkyys	Tunneäly		

Perustiedot Kädentaidot Riittämättömyys Tarpeellisuus	Ammatillinen koulu- tus	Koulutus	Sairaanhoitajan saattohoito-osaamisen kehittämi- nen
Tiedon jakaminen Tarpeellisuus Saatavilla Tarjolla	Täydennyskoulutus		
Potilaan rinnalla oppiminen Työn kautta oppiminen Käytännön oppiminen	Työssä oppiminen	Omaehtoinen oppiminen	
Teoriatiedon hankinta Itsenäinen tiedonhankinta Elämäkokemus	Itseopiskelu		

Liite 3
Tutkimuslupa

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

29.11.2013

141 § / 2013

623/13.00/2012

Tutkimuslupa / Saija Lyytinen ja Elina Satomaa

Selostus asiasta

Valmistelija ja yhteystiedot hallintosihteeri Ulla Väisänen, p. 040 712 6736, ulla.vaissanen@ylsasavon.sote.fi.

Savonia ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Saija Lyytinen ja Elina Satomaa hakevat tutkimuslupaa päättötyölleen, jonka aiheena on Sairaanhoidajan valmiudet tukea lääkäreitä saattohoitopäätöksen tekemisessä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sairaanhoidajan valmiuksia tukea lääkäreitä saattohoitopäätöksen tekemisessä. Tavoitteena on löytää keinoja edistää lääkäreiden ja sairaanhoidajien välistä yhteistyötä saattohoitopäätöksen tekemisessä ja kuolevan potilaan hoidossa. Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkimuksena käyttäen teemahaastattelua. Haastateltavana on yhteensä viisi sairaanhoitajaa ja lääkäreitä, jotka työskentelevät lisälmen terveyskeskuksen vuodeosasto 3:lla. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, eikä vaaranna tutkittavien anonymiteettia. Aineisto analysoidaan induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineiston keruu kuntayhtymässä tapahtuu 11.11. – 30.12.2013 välisenä aikana. Opinnäytetyö esitetään tammi-helmikuussa 2014. Tulokset julkaistaan Thesau-tietokannassa ja kirjallinen tuotos toimitetaan toimeksiantajalle.

Päätös

Myönnän tutkimusluvan Saija Lyytiselle ja Elina Satomalle Sairaanhoidajan valmiudet tukea lääkäreitä saattohoitopäätöksen tekemisessä liitteen mukaisesti. Yhdyshenkilönä toimii ylihoitaja Sirpa Marjoniemi.

Päätöksen perustelu Saattohoidon kehittäminen kuntayhtymässä.

Peruste

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 48.

Otto-oikeus

Yhtymähallitus.

Nähtävilläolo

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 4.12.2013

Muutoksenhaku ja
toimielin

Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

Viranhaltijapäätös

29.11.2013

141 § / 2013

Anne Mikkonen

Johtava ylihoitaja

Tämä asiakirja on allekirjoitettu asiakas hallintajärjestelmän sähköisellä tunnuksetta.

Jakelu

Saaja:

Saija Lyytinen

Elina Satomaa

Tiedoksi:

Susanne Hämäläinen

Annikki Jauhainen

Sirpa Marjoniemi

Ellen Hiltunen

Leila Pekkanen

Yhtymähallituksen puheenjohtaja

I

